



**UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUÍZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**PERCEPCIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO POR PADRES DE
NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO PREESCOLAR
DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES –
CHICLAYO 2016**

TESIS

**PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS

Bach. COTRINA VERA, KATERINE AMELIA
Bach. JIMÉNEZ NÚÑEZ, MILUSKA ALEXANDRA

ASESORA:

DRA. ROSALIA SANTA CRUZ REVILLA

Lambayeque, 2018

**“PERCEPCIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO POR PADRES DE NIÑOS
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO PREESCOLAR DEL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO 2016”**

PRESENTADO POR:

Bach. Cotrina Vera Katherine Amelia
Autora

Bach. Jiménez Núñez Miluska Alexandra
Autora

Dra. Rosalía Efigenia Santa Cruz Revilla
ASESORA

APROBADA POR:

Lic. Elva Marcela Mendoza Castañeda
Presidenta

Mg. María Lucía Chanamé Carretero
Secretaria

Mg. Ana Medalid Deza Navarrete
Vocal

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....11

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....20

2.1. Antecedentes.....21

2.2. Base teórica conceptual.....24

2.3. Marco ontexual.....64

CAPÍTULO III: MARCO METODOLOGICO.....68

3.1.Tipo de Investigación.....69

3.2. Diseño de la investigación.....70

3.3. Población y muestra.....74

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....76

3.5. Técnicas de análisis de datos.....79

3.6. Criterios de rigor científico.....80

3.8. Principios eticos.....83

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUCIÓN86

CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES....145

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

DEDICATORIA

A Dios, quien nos dio la vida, nos ilumina y nos da la fuerza para llevar a cabo la presente investigación con esfuerzo, perseverancia y paciencia.

A nuestros padres y familia, porque su constancia, amor y dedicación nos ayudaron a alcanzar esta primera meta. Les debemos todo lo que tenemos en nuestras vidas.

A nuestros docentes, por habernos guiado durante nuestra formación profesional.

Las autoras

AGRADECIMIENTO

Infinitamente a Dios, por todas las bendiciones recibidas durante nuestra formación personal y profesional.

A nuestros padres por ser nuestro soporte, brindarnos su mano, por su aliento día a día que nos han impulsado a lograr nuestras metas y a seguir en este camino que Dios a trazado para nosotras.

A nuestra asesora, Dra. Rosalía Efigenia Santa Cruz Revilla, por su constante apoyo durante la investigación y porque con sus conocimientos y experiencia apporto grandemente durante nuestra formación profesional.

Las autoras

RESUMEN

Vivimos en un mundo donde nacen nuevas necesidades de salud y frente a ello los profesionales de enfermería tienen como misión brindar cuidados de calidad, en especial al grupo infantil. Pero en nuestro medio los padres de niños preescolares hospitalizados manifiestan comentarios sobre el cuidado de enfermería, manifestando desconfianza, lo que motivo investigar: cómo es la percepción del cuidado enfermero por los padres de niños hospitalizados en el Servicio Preescolar del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, 2016. Tuvo como objetivo: comprender la percepción del cuidado enfermero por los padres de niños hospitalizados en dicho servicio. La investigación fue cualitativa, con diseño estudio de caso cuya población estuvo constituida por 9 padres de niños hospitalizados; la información estuvo recolectada mediante la entrevista abierta a profundidad y fue analizada temáticamente para luego organizarla en subcategoría y formar las categorías, se tomó en cuenta el rigor científico y los aspectos éticos de la investigación. El estudio de caso develó 2 categorías: percibiendo un cuidado enfermero de calidad y percibiendo un cuidado enfermero inadecuado. Los padres perciben un cuidado enfermero deficiente, percibiendo un cuidado enfermero inadecuado, donde expresan la insensibilidad de algunas enfermeras, originando un cuidado deshumanizado, debido a que ellas orientan sus acciones a la dimensión física, no se establece además una comunicación afectiva y empática debido a que los padres no sienten un apoyo, por parte de la enfermera. No obstante, perciben también que algunas enfermeras son eficientes en su cuidado, brindando continuidad de turno a turno y ejerciendo la humanización en su labor.

Palabras clave: Percepción, cuidado de enfermería, percepción del cuidado enfermero.

ABSTRACT

We live in a world where new health needs are born and, as a result, nursing professionals have the mission of providing quality care, especially to children. But in our environment, the parents of hospitalized preschool children express comments about nursing care, expressing distrust, which is why we investigate: what is the perception of nursing care by the parents of children hospitalized in the Preschool Service of the Teaching Regional Hospital Las Mercedes - Chiclayo, 2016. It aimed to: understand the perception of nursing care by parents of children hospitalized in said service. The research was qualitative, with a case study design whose population consisted of 9 parents of hospitalized children; the information was collected through the open-ended in-depth interview and was analyzed thematically to then organize it into a subcategory and form the categories, taking into account the scientific rigor and the ethical aspects of the research. The case study revealed 2 categories: perceiving a quality nursing care and perceiving inadequate nursing care. The parents perceive a poor nursing care, perceiving an inadequate nursing care, where they express the insensibility of some nurses, originating a dehumanized care, because they direct their actions to the physical dimension, there is not established an affective and empathic communication due to that the parents do not feel support, on the part of the nurse. However, they also perceive that some nurses are efficient in their care, bridging continuity from shift to shift and exercising humanization in their work

Keywords: Perception, Nursing care, perception of nursing care.

CAPÍTULO I:

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El cuidado enfermero en el presente siglo, se enfrenta a grandes retos, en un mundo globalizado, donde nacen nuevas necesidades de salud que junto a las ya existentes se hacen cada vez más exigentes, y frente a ello los profesionales de enfermería tienen como misión proporcionar cuidados de salud de calidad, en todas las etapas de vida del ser humano; en especial del grupo etario infantil.

La tasa de mortalidad infantil en el mundo en el año 2015 fue de 5,9 millones de niños y niñas menores de 5 años, en América Latina es de 0.2 millones y en el Perú es de 17 niños (as) por cada mil nacidos vivos.¹ Viéndose afectado el bienestar del niño y junto a ello, sus padres; siendo estos la primera unidad del cuidado del niño.

Al ser hospitalizado el niño, los padres se hacen partícipes activos de su cuidado e interaccionan con el ambiente hospitalario y el equipo de salud, en especial con las enfermeras, esta interacción forma parte de la percepción que tiene los padres frente al proceso de hospitalización del niño y la calidad de cuidados que brinda la enfermera. Pues la percepción es el reconocimiento, selección e interpretación que realiza la persona para generar un juicio o criterio sobre una realidad o situación, el cual depende de los estímulos físicos y sensaciones; y además está influenciado por las vivencias, la cultura e ideología que se forma desde la infancia.

La enfermedad y el proceso de hospitalización que vive el niño no solo afecta su estado físico, sino también su estado emocional, social, espiritual, entre otros. Ante ello, los padres muestran angustia, desesperación, ansiedad y temor, y tienen diferentes reacciones para afrontar la crisis situacional o dolor por la enfermedad que su niño está atravesando, lo que conlleva a un estrés por hospitalización; por lo cual algunos de los padres no están en condiciones de participar en el cuidado de su niño, u otros reaccionan favorablemente ante la situación.

La enfermera pediátrica debe demostrar competencias para satisfacer las necesidades del niño, así como las de sus padres, de manera integral y holística, generando en ellos experiencias favorables o desfavorables del cuidado que brinda.

González G., Oviedo H., Bedoya L., Benavides G., Dalmero N. y Vergara C. (2013), en el resultado de su estudio refiere que el cuidado es percibido por los familiares como medianamente favorable en la categoría “identifica el sentimiento del paciente”, “apoyo emocional”, “productividad”, “priorizar el cuidado”. Sin embargo, la percepción sobre “características de la enfermera” fue valorada como favorable, mientras que el “apoyo físico” demostró una valoración de medianamente desfavorable.²

Asimismo, De la Cruz E. (2009) , en su estudio refiere que la percepción de los familiares acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera es regular, siendo el área más crítica la dimensión técnica, donde existe una mala percepción de la calidad, siendo el indicador más significativo la habilidad y destreza del personal de enfermería,

donde los familiares manifiestan que la enfermera no se organiza y no realiza con rapidez los procedimientos, no dedica el tiempo necesario y demora en atender a su niño cuando presenta dolor o molestias, así mismo, en la dimensión seguridad y conocimiento manifiestan que la enfermera se muestra insegura y que a veces no identifica ni soluciona los problemas que presenta el niño; lo que evidencia un insuficiente conocimiento en el proceso de la enfermedad de las diversas patologías pediátricas.³

Las autoras a lo largo de las experiencias obtenidas durante las prácticas pre profesionales, en el servicio de preescolares del H.R.D.L.M, han podido observar que los cuidados que brinda la enfermera mayormente están abocados a satisfacer las necesidades de supervivencia en el niño, se evidencia también que el enfermero(a) tiene sobrecarga de trabajo tanto asistencial como administrativo, por la demanda de niños hospitalizados.

Además, se observa que algunos profesionales de enfermería dan respuestas cortas a las preguntas del padre cuidador, por ejemplo “El medico ya le informara”, “¡Eso no me compete, espere al médico!”, “¡señora cálmese!”; observándose en los padres ansiedad ante la poca o nula información que se les brinda, muchas veces se abstienen a preguntar y otras no entienden las explicaciones que se les da.

Lo observado llevo a las investigadoras a entrevistar al padre y/o madre para conocer cómo perciben el cuidado enfermero, encontrándose preocupación y desesperación por parte de los padres durante el proceso de hospitalización del niño preescolar, estos

manifiestan: “Algunas enfermeras ponen una cara que da miedo preguntarles algo, andan de mal humor”, “La enfermera solo viene a darle su medicina y se va, muchas veces no tiene tiempo para hablarle a mi niño, y a veces se le pregunta, pero no se deja entender”, “hay algunas enfermeras que son buenas, están pendiente de su medicina de mi niño a la hora que le toca”.

Asimismo se observa que los padres muestran desconfianza, sobre todo las madres que no quieren dejar solo a su hijo(a) o que la enfermera le realice algún procedimiento a su hijo, por ejemplo cuando la enfermera administra un medicamento, la madre refiere “¿Para qué es el medicamento que le va a colocar?” y el padre manifiesta “Qué efectos tiene en mi hijo” o cuando van a realizar un procedimiento, en el caso de la colocación de un catéter venoso periférico, la madre refiere “a veces la enfermera esta de un lado a otro con cada niño y en mi experiencia hubo una enfermera que hincó a mi hijo una y otra vez, no le encontraba la vena y nos desesperamos tanto la enfermera, yo y mi hijo”.

Por otro lado, el aspecto cultural forma parte de la integralidad de la persona, por lo que el cuidado que brinda la enfermera en esta dimensión influye en la percepción que tienen los padres sobre el cuidado que recibe su niño, pues por ser un hospital de referencia se encuentran niños con sus padres que vienen de zonas aledañas y otras alejadas, manifestando una multiculturalidad, lo cual a veces impide el buen entendimiento entre la enfermera y el padre junto a su menor hijo; pues tienen diferentes creencias y prácticas sanitarias, que se refleja en el cuidado del niño

hospitalizado, por ejemplo una madre manifestó: “Abrigué a mi niño porque tenía fiebre y la enfermera al verme me llamó la atención y le saco la ropa y no es la forma de tratarme”, entre otras creencias se observa que algunos padres le realizan a su niño lo que se conoce como la limpia; ya sea con periódico, huevo, alumbre, vela; también en el procedimiento de transfusión de sangre, que algunos padres se niegan a que lo realicen en su menor hijo, porque su religión no lo permite, entre otras.

Es ahí donde la intervención de la enfermera debe dar respuesta a las necesidades de los padres, desde una perspectiva holística respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de los cuidados y sobre todo para el bienestar de los padres junto a sus hijos y así se sientan valorados como seres únicos y respetados ante sus características de individualidad.

Frente a lo manifestado las investigadoras se plantean las siguientes interrogantes de investigación: ¿Cómo es percibido el cuidado enfermero por los padres de niños hospitalizados?, ¿Cómo caracteriza el padre o madre al profesional de enfermería?, ¿Cuál es la opinión del padre o madre acerca del cuidado enfermero?; son estas preguntas las que incentivan a realizar la presente investigación. Lo anteriormente descrito motivó a las investigadoras a plantear el siguiente problema: ¿Cómo es la percepción del cuidado enfermero por los padres de niños hospitalizados en el Servicio Preescolar del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, 2016?

Teniendo como objeto de estudio: la percepción del cuidado enfermero por los padres de niños hospitalizados en el Servicio Preescolar del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, 2016.

El objetivo que guó este estudio fue: comprender cómo es la percepción del cuidado enfermero por los padres de niños hospitalizados en el Servicio Preescolar del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, 2016.

La presente investigación se justificó en que la esencia de enfermería es el cuidado, en este caso al niño y a sus padres de manera integral en su entorno biopsicosocial para asegurar y/o mantener la salud de la persona. Estos cuidados requieren que la enfermera (o) no solo sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario; cálido y moral⁴, que entienda las necesidades psicológicas, culturales y espirituales de los niños y sus padres, para poder satisfacerlas, haciendo menos traumática la estancia hospitalaria.

Y a través de la percepción poder comprender cómo es el cuidado de enfermería por los padres, el cual se observa, se selecciona y es interpretado. Es fundamental que enfermería, para la satisfacción de la persona gestione el cuidado con eficiencia y calidad ya que este constituye la forma más cercana de relacionar el crecimiento y empoderamiento de la esencia profesional, pues es a partir de la persona que se logra ser y desarrollarse profesionalmente y fortalecer los elementos que brindan sustento a la disciplina.

La presente investigación se desarrolló en el área del servicio preescolar, ya que durante la edad preescolar, los niños atraviesan diversos cambios en su organismo, propios de su crecimiento, aunado a ello adoptan conductas exploratorias para descubrir el mundo que les rodea y necesitan de sus progenitores; ya que estos son el entorno social inmediato con el que el niño preescolar tiene contacto y dependen directamente de sus padres, es por ello que se convierten en participantes activos de su cuidado y en su unidad de soporte frente al proceso de hospitalización,⁵ brindándoles seguridad y haciendo que la estancia hospitalaria sea menor.

Asimismo, son los padres quienes se convierten en el nexo de comunicación entre los niños y los profesionales de la salud, haciendo que los cuidados brindados por el profesional de enfermería sean de mayor eficacia.

Esta investigación se desarrolló en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, el cual se justifica por ser un hospital referencial donde acuden los padres con sus hijos de diferentes lugares del país, cada una con diferente cultura.

Estudiar la percepción en los padres de niños hospitalizados enriquecería el actuar de enfermería, ya que los padres en este proceso de hospitalización experimentan un estrés por distintos motivos, generando de esta manera diferentes comportamientos y reacciones producto de la crisis situacional que están atravesando y así la enfermera pueda conocer la dimensión emocional de los padres para que les permita comprender

como perciben el cuidado que se brinda por parte de los profesionales de enfermería y entender el porqué de su comportamiento.

Esta investigación es de suma importancia ya que los resultados permitieron tener un basal de la realidad de los cuidados de enfermería del HRDLM, ello logra identificar o percibir las áreas vulnerables y/o críticas que evidencia la enfermera(o) durante su desenvolvimiento asistencial hospitalario; reconociendo de esta manera que el departamento de enfermería asuma estrategias para capacitar mejorar, reforzar y aspectos en el cuidado humano, en la integración de la participación activa de los padres en el cuidado del niño, a fin de asegurar que el niño hospitalizado disponga de un cuidado con afecto, amor, dedicación, comprensión, para una efectiva recuperación de su salud. Y también sean satisfechas las necesidades de los padres.

Asimismo este estudio contribuye para la formación académica y humana de las estudiantes, futuros profesionales de enfermería, pues permitirá asumir con visión transformadora su rol y compromiso social en el contexto socio sanitario del país, intervenir en la solución de problemas de salud del persona, familia y comunidad, generando cuidados de enfermería de alta calidad ya que cumplen y desarrollan el rol de la investigación en la salud, lo cual dará un enfoque más cercano a la realidad y a partir de ello transformarla.

A los docentes de la facultad de enfermería de la UNPRG, para que adopten estrategias que puedan motivar, concientizar, incidir y reforzar la formación de recursos humanos

de salud en concordancia con las exigencias sociales y desarrollando sus potencialidades con un enfoque transformador del cuidado humanizado, que es integral y holístico.

Así mismo servirán como fuente de consulta para futuras investigaciones que permitan comprender el tema de percepción del cuidado en niños hospitalizados.

La presente investigación se encuentra estructurada por 5 capítulos, en el primero contiene el problema, objetivo y la justificación, el capítulo dos consta de antecedentes, base teórica conceptual y el marco contextual, el tercer capítulo abarca el marco metodológico, seguido del cuarto capítulo donde contiene los resultados develados en el estudio de caso, estructurados por categorías y subcategorías los cuales han sido analizados y discutidos en la presente investigación y finalmente el quinto capítulo que consta de las consideraciones finales y recomendaciones.

CAPÍTULO II:

MARCO TEORICO

2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

A nivel internacional encontramos algunos trabajos de investigación que guardan relación con el presente estudio, los cuales mencionaremos a continuación:

González G, Oviedo H, Bedoya L, Benavides G, Dalmero N, Vergara C. 2013, en Colombia se realizó un estudio titulado “Cuidado humanizado de enfermería percibido por familiares de pacientes pediátricos, usuarios del Hospital Universitario Fernando Troconis de Santa Marta”. Se planteó como objetivo percibir el cuidado humanizado de enfermería en familiares de pacientes pediátricos, hospitalizados en una unidad de cuidado del Hospital Universitario Fernando Troconis en Santa Marta. Se obtuvo como resultados que el cuidado es percibido por los familiares como medianamente favorable en la categoría “identifica el sentimiento del paciente”, “apoyo emocional”, “productividad”, “priorizar el cuidado”. Sin embargo, la percepción sobre “características de la enfermera” fue valorada como favorable, mientras que el “apoyo físico” demostró una valoración de medianamente desfavorable.²

Realizando una búsqueda minuciosa de investigaciones coherentes con el objeto de investigación a nivel nacional se encontró solo una que se relaciona

de manera indirecta, sin embargo, las autoras la han considerado por tener algún tipo de relación y que posteriormente ha servido para el análisis.

De La Cruz E. 2009, en Lima se realizó un estudio titulado “Percepción del familiar sobre la calidad de la atención que brinda la enfermera al paciente pediátrico internado en el hospital Arzobispo Loayza”, la cual tuvo por objetivo determinar cuál es la percepción del familiar del paciente pediátrico, respecto a la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de pediatría del HAL. Las conclusiones fueron: Se llega a la conclusión general que la percepción de la familia de los pacientes pediátricos acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera es regular, siendo el área más crítica la dimensión técnica, donde existe una percepción de la calidad como mala, siendo el indicador más significativo la habilidad y destreza del personal de enfermería.³

A nivel local se encuentran las siguientes investigaciones:

Ramírez J, Ydrogo Y. 2013, en Chiclayo se realizó un estudio titulado “Ética del cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del familiar cuidador del paciente en estado crítico HRDLM” se planteó como objetivo analizar la ética del cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del familiar cuidador del paciente en estado crítico. Los resultados obtenidos

fueron que el profesional de enfermería hace uso de la ética del cuidado donde desarrolla la comprensión del otro ser que necesita ser cuidado a base de principios y valores morales y a la vez desarrolla también la comunicación no verbal, como un gesto, una mirada tierna, entre otros. Pero en la actualidad no todos los profesionales de enfermería ponen en práctica dichas características cayendo así en formas de no cuidado. Es así que los familiares exigen un trato más humano y sensible, creando en el profesional de enfermería actitudes necesarias que no pueden quedar omisas ante el pedido de los familiares.⁶

Carrasco V, Panta S, Pérez J. en Chiclayo se realizó un estudio titulado “Percepción de familiares sobre el cuidado enfermero a sus niños hospitalizados en el servicio de lactantes HRDLM”, tuvo como objetivo: Analizar y comprender cómo es la percepción de familiares sobre el cuidado enfermero a sus niños hospitalizados. Se obtuvo como conclusión que los familiares de niños hospitalizados en su mayoría perciben un cuidado deficiente por las enfermeras, pues se debe a su labor mecanizada, sumando a ellos los diversos factores estresantes; provocando en los familiares sentimientos de insatisfacción y descontento, minimizando el rol del profesional de enfermería.⁷

2.2. Base teórica conceptual

En el presente trabajo el objeto de investigación es la percepción del cuidado enfermero por padres de niños hospitalizados en el servicio preescolar del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2016. Para ello, se iniciará definiendo la percepción.

La teoría la Gestalt define la percepción como una tendencia al orden mental. Inicialmente, la percepción determina la entrada de información y en segundo lugar, garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones.⁸

La percepción es el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización.⁹

Para las autoras la percepción es el reconocimiento, selección e interpretación que realiza la persona para generar un juicio o criterio sobre una realidad o situación, el cual depende de los estímulos físicos y sensaciones; y además está influenciado por las vivencias, la cultura e ideología que se forma desde la infancia.

A través de la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos contruidos y reconstruidos por el grupo social, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad.⁹

El proceso que realiza el cerebro al percibir, puede estar dividido en tres fases: el proceso sensorial, que es la recepción de los estímulos a través de los cinco sentidos; el proceso afectivo, que es la relación que hace el cerebro de acuerdo a las experiencias vividas, al ser, a la vitalidad y por último, el proceso simbólico, que es la categorización que se realiza al colocar ese estímulo, para reconocerlo y adjudicarle un significado valorativo.¹⁰

La percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal. Subjetiva, ya que las reacciones a un mismo estímulo van a variar de un individuo a otro; es selectiva, ya que está directamente relacionado con sus necesidades, motivos, valores, experiencia y capacidad de la persona y temporal, ya que es un fenómeno a corto plazo. En la medida en que retenga los resultados, estos podrán entrar a formar parte de la memoria a largo plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos.¹¹

Asimismo, la percepción tanto de objetos como de personas comprende dos procesos básicos: ¹²

- a) La selección de información conduce a una recodificación y elección de algunos de los datos de todo el inmenso conjunto de datos proveniente del exterior, reduciendo la complejidad de la información recibida y facilitando el almacenamiento de los mismos y su posterior recuperación en la memoria.
- b) La intención o el intento de “ver” más allá de la información obtenida, con el fin de predecir acontecimientos futuros y evitar o reducir así la sorpresa.

En toda percepción concurren una serie de eventos y datos dispares que necesitan ser estructurados para poder obtener una información del mundo de fuera. Entre estos datos y elementos distinguiremos 3 principales: ¹³

- **La recepción sensorial:** La base de la percepción es la recepción proveniente de los sentidos. Sin sensación es imposible cualquier tipo de percepción. Las sensaciones no llegan nunca aisladas, ni siquiera con la misma intensidad y siempre se da un proceso de selección de las mismas.

- **La estructuración simbólica:** La percepción va siempre ligada a una representación, a un concepto o a una significación; al escuchar un sonido de un avión, por ejemplo, representamos su configuración por las experiencias vividas anteriormente.
- **Los elementos emocionales:** Es posible que muchos de nuestras percepciones nos dejen indiferentes pero la mayoría de ellas van íntimamente ligadas a procesos emocionales propios que generan emociones agradables o desagradables.

Se encuentran también factores que intervienen y condicionan las percepciones, se puede clasificar en externos e internos.¹³

Entendemos por factores internos:

- **Las motivaciones:** Nuestras tendencias, intereses y gustos son un factor importante en la selección de estímulos perceptivos. Estamos en cierta manera predispuestos a percibir aquellas cosas que motivan nuestra atención.
- **Las experiencias pasadas:** toda nuestra vida pasada ha estado llena de experiencias y vivencias personales. No es de extrañar su gran influencia en el proceso de nuestras percepciones.

- **Las necesidades:** También las necesidades personales influyen de manera notable y perceptiva en percepciones si padecemos hambre o sed percibimos inmediatamente todos aquellos estímulos.
- **El ambiente cultural:** No cabe duda una de las cosas que más modifican nuestras percepciones es nuestro propio ambiente y el grupo social al que pertenecemos.

Y por factores externos de selección tenemos:

- **La intensidad y tamaño del estímulo:** Cuanto mayor es la intensidad y el tamaño más pronto la percibimos.
- **El contraste:** Cada vez que se producen un contraste entre nuestra situación presente y la habitual o una situación nueva, captamos la diferencia, por ejemplo: calor y frío.
- **La repetición:** La repetición es constante en las cosas. Van grabándose en la memoria. Todos los seres vivos son muy sensibles a la captación del movimiento y el hombre no es una excepción en este caso. Los animales se ponen en guardia en la percepción de cualquier movimiento.

En este proceso de percepción, también se encuentran los tipos de percepción; dentro de los cuales se encuentran la percepción social y la percepción interpersonal.¹²

La percepción social es el proceso por el cual se forma una primera impresión de una persona y se establece una relación con ella. Por formación de impresiones se entiende el proceso mediante el cual se infieren características psicológicas a partir de la conducta y atributos de la persona, y la organización de esas inferencias.¹²

En cuanto a la percepción interpersonal es concebida como el juicio o valor que se tiene de una persona a otra y hace referencia al modo en que los individuos se ven y se evalúan unos a otros en interacción directa. En el cual se da una comparación con datos almacenados, partiendo del análisis de la formación de la primera impresión; una vez identificado ciertos rasgos en la persona y partiendo de un criterio o modelo, el sujeto genera expectativas al posible comportamiento de la persona. Lo que va dar lugar a establecer una evaluación favorable o desfavorable de la persona, esto se traduce en un acercamiento o en un rechazo.¹⁴

Entonces para que exista percepción, es necesaria la emisión de un mensaje, el cual será recibido por la persona. La manera en que el profesional de enfermería

emita este mensaje influirá para que se produzca una respuesta del padre o madre del niño hospitalizado.

Como se puede ver, la percepción es el eje central de una interacción activa y efectiva entre las enfermeras y el niño junto a sus padres, esta interacción se da durante el cuidado de enfermería.

El cuidado se define como un acto de vida cuyo significado está en desarrollar las capacidades del ser humano en su cotidianidad, en el proceso de vida – muerte. Es el cuidado la base fundamental del quehacer del profesional de enfermería, por lo tanto su planeación debe ser individualizada y orientada a buscar la satisfacción de las necesidades de quien demanda sus servicios. El cuidado de enfermería permite establecer una relación enfermero(a)-paciente en la que se favorece el crecimiento mutuo, partiendo del respeto hacia las creencias y costumbres del sujeto del cuidado, encontrando nuevos sujetos del cuidado y trascendiendo del plano personal hacia el plano espiritual.¹⁵

Según Abdellah, el cuidado de Enfermería es hacer algo por el paciente o brindar información al paciente con los objetivos de satisfacción de las necesidades, el aumento o restauración de la capacidad de auto-ayuda, o aliviar las deficiencias. El papel de la enfermera es ayudar al paciente a lograr metas y alcanzar una salud óptima.¹⁶

El cuidado de enfermería trasciende, al establecer un proceso interpersonal, dinámico y continuo con los padres, y al integrar aspectos psicológicos, espirituales y socioculturales en la práctica cuidadora.

Entonces como se mencionaba anteriormente, la percepción se da durante el cuidado de enfermería. Esta percepción del cuidado hace referencia al cuidado que subyace de la interacción en el momento de cuidar al otro y como se interiorizan y clasifican los momentos y acciones intencionales de la persona cuidada y de aquella denominada cuidadora. Contempla las interacciones entre personas totales con sus sentimientos, pensamientos y expresiones.¹⁴

King I. visualiza la percepción del usuario como la representación que cada persona tiene de la realidad y para que esta sea satisfactoria, deben seguirse objetivos comunes entre la enfermera y la persona que a su vez si se da una interacción entre ellos se logra con más facilidad la satisfacción de la persona y de la enfermera al ver cubierta las necesidades, de lo contrario se produciría estrés o insatisfacción por parte de ambos, viéndose reflejado en la percepción de la calidad del servicio recibido.¹⁶

También la percepción como dimensión de la calidad, es la experiencia sentida y expresada por el paciente la cual en la mayoría de veces, no se relaciona con aspectos científicos y técnicos, sino con las necesidades de afecto, bienestar,

protección, comprensión, información, determinada por el contexto donde se brinda cuidado.¹⁷

Es así que la percepción del cuidado de enfermería que se formulen los padres, está en función a la prestación del cuidado, lo cual hace referencia a la calidad con el que este se brinde.

Estos cuidados que brinda la enfermera se da dentro de la hospitalización, años atrás el quehacer diario de enfermería y de todo el equipo de salud estaba basado netamente en un enfoque biomédico, que abarcaba la dimensión biológica de la persona y se centraba en la patología con la que el paciente ingresaba, ahora se habla de un cuidado humanizado; que ve a la persona integralmente, no solo en el aspecto biológico, sino en el psico emocional, espiritual y cultural. Asimismo de un cuidado holístico, no solo a la persona sino a su familia y comunidad.

Donde el cuidado humanizado es aquel que se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que el enfermero establece con la persona, y supone acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad que implica el cuidado humanizado; donde cuidar es el ideal moral de enfermería, es protección, engrandecimiento y preservación de la vida humana. Este

cuidado debe ser holístico, ejercido con conocimientos, y haciendo a su receptor partícipe del mismo.^{18, 15}

Por lo tanto conocer acerca de la percepción del cuidado enfermero es de vital importancia, ya que permite evaluar la calidad del cuidado de enfermería, ya sea desde la óptica de los usuarios, de sus familias, como es el caso de la presente investigación y así lograr la transformación de la realidad dentro de los parámetros técnico-científicos y humanísticos establecidos para el desarrollo integral de la persona, familia y comunidad en la búsqueda del mejoramiento de la calidad del cuidado.

El rol de la enfermera como miembro del equipo de salud es importante ya que su habilidad, su calidez, su humanidad es el complemento necesario, en todas las dimensiones del campo de la medicina; contribuyendo con sus conocimientos y experiencias, brindando al niño hospitalizado cuidados en los aspectos: físico, psicosocial, espiritual y cultural. De modo que debe comprender lo que el niño y sus padres experimentan sobre la enfermedad y su tratamiento en el proceso de hospitalización, con el fin de brindar cuidados óptimos, siendo estos de calidad y oportunos.

La hospitalización en el niño preescolar causa un estrés permanente, manifestándose en tristeza, llanto, angustia y ello es desencadenado por un conjunto de reacciones que son resultado de una serie de factores que influyen

en la experiencia de hospitalización, por ejemplo, la naturaleza de la enfermedad, la separación de los padres y familiares, el número de días que estará hospitalizado, experiencias previas en hospitales, el trato y el lenguaje que tienen los profesionales al comunicarse y establecer una relación con él o ella.

Como se mencionó anteriormente hay diversos factores que influyen en el proceso de hospitalización que son: los factores propios del niño, factores familiares y los factores hospitalarios que a la vez influyen en la percepción del cuidado enfermero, los cuales las investigadoras consideran relevantes para el estudio y serán descritos a continuación.

En primer lugar tenemos los factores propios del niño, que son aquellos que dependen estrictamente de sus particularidades. La niñez, al igual que algunas otras etapas vitales, se caracteriza por una mayor vulnerabilidad somática, psicoafectiva y social, producto del propio desarrollo humano. En el niño, aún en desarrollo, los sistemas biológicos y psíquicos no han alcanzado su madurez y por tanto son más frágiles.¹⁹

El proceso de desarrollo y crecimiento es continuo, nunca se detiene, por tanto se debe tener presente que las características del pensamiento infantil se van modificando en cada etapa evolutiva. En el preescolar es característico el

egocentrismo y el pensamiento mágico a través de los cuales el niño interpreta la mayoría de los acontecimientos que le suceden o suceden a su alrededor, creyendo que son consecuencia de sus conductas y de sus sentimientos o deseos.

19

En los preescolares, la idea de enfermedad empieza a tomar forma y está influida por las capacidades cognitivas del periodo preoperacional. Definen la enfermedad de acuerdo con lo que se les dice o con las pruebas externas que se les da. El estrés impuesto por la enfermedad por lo general disminuye su capacidad de sufrir la separación y en consecuencia manifiestan muchos de los comportamientos básicos de angustia, en general sus protestas son más sutiles y pasivas que la de los niños más pequeños.²⁰

Asimismo el propio proceso de enfermedad, el temor provocado por el medio extraño y la percepción de ansiedad en su padre, hace que el niño presente regresiones. La regresión es un mecanismo de defensa, una herramienta mental que se utiliza para enfrentar situaciones que generan un desequilibrio homeostático. Por tanto la función de la regresión en el niño, es refugiarse en conductas de etapas anteriores y poder reacomodarse frente a las exigencias que le toca vivir y así poder enfrentarlas, por tanto la regresión es de carácter transitorio y reorganizador. Esta regresión en el niño se observa en su lenguaje, los hábitos higiénicos, los hábitos alimenticios y las relaciones vinculares. Con

respecto a las relaciones vinculares es frecuente encontrar un vínculo exageradamente dependiente de los padres, para la edad cronológica, esto se debe a la reactivación de la angustia de separación.¹⁹

También sienten que pierden control ante las restricciones físicas, la alteración de las rutinas y la dependencia forzada; aunque sus capacidades cognitivas específicas les hacen sentirse omnipotentes y todopoderosos, también provocan en ellos una sensación de descontrol.²¹

La enfermedad, generalmente, implica pérdida de control de uno mismo, sobre el cuerpo, el movimiento y las actividades. En el caso del niño, esto se ve acentuado por el hecho de que en general, al niño no se le permite que mantenga el control de ningún aspecto, puesto que mayoritariamente opinan y deciden los adultos. La diferencia es que el niño va logrando con mucho esfuerzo el control de las diferentes funciones corporales y mentales y se resiste a perderlo.¹⁹

Asimismo tienen miedo al dolor o lesión corporal, tolera mejor la separación que los menores y entiende la enfermedad como un castigo por haber hecho algo mal. Es en este período donde surge el temor al dolor físico-corporal, el rehusarse a la realización de procedimientos, el miedo al personal de salud, los períodos prolongados de llanto, rabia y desesperación por la permanencia en el hospital, específicamente a lo desconocido, ya sea porque se le priva de sus

amigos, objetos y juguetes, alejándolo de todo aquello que le permite desarrollarse y crecer adecuadamente.²¹

Esto desencadena reacciones que pueden ser muy variadas, y que van desde simples llantos al silencio absoluto, hasta llegar a negarse al contacto con personas “extrañas” a su mundo habitual, y rehusar la atención médica o de otros profesionales de la salud.²¹

Otro factor en los preescolares es la naturaleza de las experiencias previas que se hayan tenido con médicos y hospitales. Los niños hospitalizados por primera vez muestran mayores alteraciones emocionales, frente al hecho de la hospitalización, que los niños que han sido previamente hospitalizados con cierta frecuencia; por otro lado, los niños con anteriores experiencias médicas negativas muestran mayores niveles de ansiedad frente a la hospitalización, que los que con anterioridad no habían tenido ninguna experiencia de hospitalización.²²

La hospitalización para el niño implica la separación de su entorno familiar y la entrada a un ambiente desconocido, con personas extrañas que tocan su cuerpo, hablan con palabras que no entiende y realizan procedimientos que en muchas ocasiones le provocan malestar y/o dolor, todo ello le genera temor.¹⁹

Es frecuente que el niño internado experimente miedo al abandono, esto se debe a su conciencia de ser un ser dependiente de los cuidados de un adulto y el hecho de estar internado reactiva los miedos de que ese adulto lo deje.¹⁹

Por último es importante tener presente que en la internación pediátrica el niño vive una privación afectiva, familiar, social y cultural.¹⁹

En segundo lugar se encuentran los factores familiares, como se sabe la familia es un sistema abierto y funciona como una unidad entre sus miembros, existe una interdependencia que les hace funcionar como una unidad, así los problemas de alguno de ellos repercuten en la familia como grupo; es decir los cambios de la familia como grupo afectan individualmente a cada uno de sus componentes.²⁰

Las investigadoras consideran que la familia es un grupo de individuos íntimamente relacionado por lazos de consanguinidad, de convivencia, afectividad, que comparten un proyecto vital en común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia existiendo un compromiso personal entre sus miembros y donde se establecen intensas relaciones de intimidad.

Dentro de estos factores se influye el afrontamiento del estrés e interacción entre sus miembros, tipo de familia, relación afectiva entre los miembros, comunicación, número de integrantes de la familia, redes sociales de apoyo.²¹

En el seno familiar el niño comienza el proceso de socialización y al mismo tiempo aprende adaptarse al mundo e identificarse con los modelos madre y padre, adquiriendo normas, valores y hábitos. En el campo hospitalario la familia constituye un soporte importante para la salud de cada uno de sus miembros, es tan importante tomar en cuenta a la familia en el rol de cuidadores, para la buena evolución y recuperación de los niños que están sujetos a cuidados dependientes.²⁰

Pues la enfermedad desde un inicio es difícil de abordar para los padres, está la incertidumbre del estado de su hijo, la sintomatología que presenta, el temor al pronóstico y el tratamiento que se le dará a su niño. Asimismo, cuando los padres reciben el diagnóstico y muchas veces es incomprensible, el trámite administrativo que los padres tienen que realizar, las recetas médicas que tienen que comprar. Todo ello causa un estrés mayor y la sensación de pérdida de control de la situación es insoportable, evidenciándose en las distintas reacciones que tienen los padres, donde no existe tiempo ni cabida para análisis ni comprensión de la situación; solo actúan.

Resulta evidente que la privación de la convivencia familiar, como consecuencia de la hospitalización, modifica de forma sensible y relevante la conducta del niño y la de sus familiares. En realidad, la hospitalización representa una crisis para toda la familia;²⁰ especialmente de los padres sobre todo de la madre.

La madre puede presentar un estado afectivo con matices negativos, expresiones de cólera o temor; reacciones motoras de conducta como, agitación y trastornos de la función corriente de adaptación. La forma de actuar de algunas madres estará más disminuida todavía en situaciones complejas de manera que muchas veces permanecerá confusa, desvalida o incapaz para hacer por el niño lo que fácilmente haría en su hogar.²⁰

Muchos padres suelen creer que pueden controlar todo lo que les sucede a sus hijos y así protegerlos contra todo mal, frente a la enfermedad esta creencia hace que surjan sentimientos de culpa. La existencia de dichos sentimientos es independiente de si en realidad son o no responsables de la enfermedad, es decir que muchas veces los sentimientos de culpa son irracionales y pueden ocasionar mayores trastornos emocionales en los padres.¹⁹

A su vez los padres intentan hacer sentir a los niños “como en su casa” y sienten que la única forma para lograrlo es llevando múltiples objetos desde el hogar

del menor, para tratar de hacer sentir al niño que ese lugar es lo más parecido a su hogar. Entonces comienza la migración de juguetes, televisores, películas, alimentos y golosinas que por lo general son restringidos por el equipo de salud argumentando el exceso de ruido, las ganas de los otros niños de tener lo que él tiene y por último que no es necesario llevar alimentos ya que los niños “tienen un menú programado por la nutricionista en base a sus necesidades”.²¹

Esto es también un factor influyente en la percepción de los padres del cuidado; ya que nadie le preguntó a la madre o al padre los gustos y preferencias del niño; haciendo que este se rehúse a comer.

Además de esas necesidades, también están las necesidades sociales del niño y sus padres como llevar a los amigos de sus hijos al hospital o llevar a los hermanos menores a visitar al niño hospitalizado; es aquí donde nuevamente surgen conflictos ya que en muchos hospitales no se permiten niños como visitas. Y esto impide que los padres, en cierta forma apoyen a su hijo para manejar y mitigar el dolor del proceso de la enfermedad.²¹

Otras veces cuestionan los procedimientos médicos o de enfermería, con la intención de proteger al niño de experiencias dolorosas.

Finalmente ante todo este exceso de solicitudes y desobediencias que cometen los familiares, interpretado por el equipo de salud también como intromisión en

sus quehaceres, se opta como en muchos hospitales, por la salida de los padres ante procedimientos o exámenes, lo que resulta aún más estresante y traumático para el niño incrementando sus sentimientos de ansiedad, abandono y para los padres haciéndoles sentir que no están apoyando a su niño y no están a su lado ante personas desconocidas para el menor.²¹

Muchos padres o familiares sufren ante la carencia de información y el no saber cómo ayudar a su niño hospitalizado. Con frecuencia se abstienen de preguntar, pues temen ser «regañados». Otras veces preguntan pero no entienden las explicaciones que se le dan. De esta manera se ven obligados asumir una posición de pasividad, que los predispone a malinterpretar el sentido de las acciones de los funcionarios de la salud.²¹

Ante diversas situaciones de estrés que viven los familiares, se dan diferentes reacciones que manifiestan en cualquier momento, por ejemplo, la negación, la cual se da como defensa para enfrentarse a un gran dolor; como una manera de afrontar la sobrecarga emocional.

Otras personas lo manifiestan a través de llanto, gritos, ira como producto de la ansiedad, indefensión, miedo, depresión, confusión, disminución del rendimiento, alteraciones del sueño y pensamientos intrusivos.²² Que muchas

veces culpan al profesional de enfermería de ineptitud para el cuidado a su hijo, llevándose una apreciación errónea.

Y por último se encuentran los factores hospitalarios, como: ambiente físico en cuanto a temperatura, ventilación, seguridad, iluminación, infraestructura; comodidad, horario de visitas, número de pacientes por sala, sistemas de entretenimiento y recreación, información adecuada y preparación para procedimientos.²¹

Después de haber visto los factores que influyen en una hospitalización y las reacciones distintas que trae consigo, se hablara a continuación de lo que abarca la percepción del cuidado que brinda el profesional de enfermería dentro del proceso de hospitalización.

Como se sabe los cuidados son la esencia de enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración.²³

Actualmente el cuidado de enfermería se encuentra en el paradigma transformador, lo que implica un cuidado individualizado y humanizado, de esta forma, la persona deja de ser objeto y pasa a ser un sujeto activo del cuidado, lo cual lleva a las enfermeras a centrarse en el usuario y en las

expectativas reales del mismo; que se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que el enfermero establece con la persona, y supone acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad que implica el cuidado humanizado.^{24,25}

Para Erickson, considera dimensiones del cuidado hospitalario, las cuales van a influir en la percepción del cuidado que se formulen los padres, estas son:

- Arte del cuidado que se enfoca a la calidad de “cuidado” demostrado por el profesional de enfermería, evidenciando características como amistad, consideración, paciencia y sinceridad; y no demostrando características negativas como falta de respeto, conductas precipitadas y causantes de dificultad, insulto, o preocupación innecesaria a los padres.
- Calidad y técnica del cuidado se refiere a la destreza técnica y habilidades del profesional de enfermería en los procedimientos necesarios para el cuidado: experiencia, entrenamiento, poner atención a los detalles, evitar errores, hacer buenas indagaciones, y proporcionar claras explicaciones a los padres.

- El ambiente físico en el cual se proporciona el cuidado, incluye una atmósfera placentera, sillas confortables, atractiva sala de espera, señales e instrucciones claras, buena iluminación, limpieza y pulcritud.
- Los aspectos relacionados con la satisfacción incluyen alivio del dolor, participación en el cuidado y educación para el cuidado en el hogar.²⁶

La formulación de la percepción del cuidado de enfermería, como se expuso anteriormente va ir influenciado por diversas dimensiones, donde es muy importante resaltar para el desarrollo de esta investigación, el cuidado que brinda la enfermera en relación a la dimensión cultural, la relevancia del cuidado cultural en la asistencia de enfermería permite al profesional de esta disciplina realizar un análisis integral del individuo, teniendo en cuenta tanto la enfermedad, así como los aspectos socioculturales y religiosos de la persona.

Cada individuo interioriza y aplica su cuidado según sus costumbres, sus creencias, reglas de comportamiento y prácticas en el estilo de vida, que orienta a una persona o grupo determinado en sus pensamientos y actividades, y desde el inicio del mundo estas técnicas de alguna manera les ha servido para sobrevivir y mantenerse en el tiempo. Por consiguiente, los Cuidados de Enfermería deben tener presente estos postulados. En este sentido, el trabajo

realizado en el campo de la Enfermería se destaca Dra. Leininger M., que desarrolló la Teoría de los Cuidados Culturales, que trata de la importancia de brindar un Cuidado de Enfermería, según sea la cultura del paciente al que se le esté brindando un cuidado de salud.²⁷

Leininger sostiene que las principales consecuencias de no tener presente los enfoques culturales en los sistemas de asistencia de enfermería son:²⁷

- a) Los pacientes que reciben cuidados de enfermería que no concuerdan razonablemente con sus creencias, valores y estilos de vida mostrarán síntomas de conflictos culturales, insatisfacción, tensión, así como preocupaciones éticas o morales.
- b) Los diagnósticos médicos y de enfermería que no tienen en cuenta los factores culturales producen resultados desfavorables, en ocasiones, con consecuencias graves.

De ahí radica la importancia de brindar un cuidado transcultural por el profesional de enfermería para comprender y estudiar los fenómenos religiosos y culturales de los individuos, familias y comunidades y de esta forma poder entender el comportamiento hacia los problemas de salud y estilos de vida.

Todas estas dimensiones abarcan el cuidado de enfermería en un proceso de hospitalización, que es vivida como un hecho inesperado para los padres y ellos atraviesan una serie de fases.

Grau y Fernández, 2010 dicen que es fundamental, la descripción de las diferentes fases que viven las familias del niño enfermo, que se relacionan con las tres fases de la enfermedad.²⁸

- **Fase de crisis:** supone la primera etapa y comprende el período anterior al diagnóstico médico. Es una etapa sumamente estresante y desencadena ansiedad en la familia. Los signos y síntomas en el niño se suceden sin conocer el motivo de los mismos. En esta fase, el niño puede enfrentarse a su primera hospitalización, poniéndose a prueba la consolidación de la familia; en especial de los padres, pudiendo superarse las capacidades y flexibilidad de los mismos.
- **Fase crónica:** tras conocer el diagnóstico, la familia debe aprender a compatibilizar la vida familiar e integrar a este nuevo componente de la misma. En este periodo, el shock y pánico dan paso a la movilización. La familia busca información sobre la enfermedad, tratamiento y actuación sobre la misma en distintas fuentes. Enfermería juega un papel fundamental crucial de formación y educación.

- **Fase terminal:** esta fase se da en los peores casos, donde las familias deben afrontar la muerte y la pérdida, siendo necesario un abordaje sanitario, con el fin de guiar un duelo sano. En otros casos, el proceso termina con la curación o mejora del estado de salud del niño siendo éste dado de alta hospitalaria.

Dos aspectos intrínsecos propios de cada familia tendrán influencia en el proceso de adaptación a la hospitalización de uno de sus miembros.

En primer lugar, el grado de vulnerabilidad de la familia y en segundo lugar su capacidad de resiliencia. Este término hace referencia a la capacidad de un individuo o grupo para movilizar sus recursos, usar los sistemas de apoyo disponibles y poner sus emociones y circunstancias bajo control.²⁸

A mayor capacidad de movilización de los recursos, la familia se adaptará mejor a la hospitalización y la nueva situación de enfermedad.²⁸

Ante esta crisis se presentan distintas reacciones de la familia que dependen de su experiencia en situaciones de crisis y problemas médicos, estatus socio-económico, cultural, nivel de conocimientos, calidad de los servicios sanitarios y los sistemas de apoyo disponibles. Grau y Fernández, 2010; además

puntualizan que cada familia es una unidad diferencia, con antecedentes socio – culturales, experiencias y recursos propios, que marcan su capacidad de adaptación a una nueva situación.²⁸

Por otro lado, también existen variables extrínsecas potencialmente modificables que marcan la adaptación familiar a la hospitalización, variables que conducen a las acciones que, llevadas a cabo por los profesionales sanitarios, suponen una ayuda en el proceso de adaptación que sufren las familias durante la hospitalización de un niño. Estas acciones producen un impacto positivo sobre la familia e indirectamente sobre el niño y se describen a continuación:²⁸

- Trato humanizado por parte de los profesionales sanitarios; en especial de enfermería, implicación en el cuidado, además de sensibilidad y empatía.
- Explicación comprensible del estado, diagnóstico, tratamiento y toma de conjunta de decisiones.
- Ser partícipes en los cuidados que recibe el niño. Harrison M, 2010 cita textualmente: “Los padres valoraban las relaciones positivas con el personal enfermero y querían sentirse involucrados en el cuidado del niño”
- Personal enfermero competente y seguro de las actividades que realiza y de los procedimientos que lleva a cabo, atendiendo a las necesidades sentidas y percibidas por los padres.

- Prestación de cuidados que contribuyen a mejorar la percepción de la calidad en la atención prestada, tales como recibir el tratamiento más adecuado o el mantenimiento de la comodidad del paciente, para lograr la recuperación del mismo.
- Personal sanitario interesando en el estado de la familia, más allá de la hospitalización, especialmente en caso de fallecimiento.

Por otro lado, se pueden objetivar acciones, situaciones y actitudes que producen un impacto negativo durante la hospitalización:

- Insensibilidad, frialdad y falta de apoyo por parte del personal sanitario.²⁸
- Conflictos en la toma de decisiones entre el personal sanitario y los padres, tales como, los relacionados con aspectos en el cuidado, el uso de tratamientos agresivos, la donación de órganos, la autopsia y la presión en la toma de decisiones trascendentales.²⁸
- Conflictos en la comunicación entre el personal sanitario y los padres. La aparición de estos problemas en la comunicación se debe a la falta de consideración de los requerimientos de los padres, de sus preguntas y dudas.
- Comunicación disgregada o desbaratada debido al uso de lenguaje demasiado técnico.²⁸

- Conflictos en la comunicación entre el personal sanitario, debido a las relaciones deficientes entre los miembros del equipo.
- Desconocimiento en el funcionamiento y organización del hospital por parte de la familia. Especialmente, debido a la cantidad de profesionales con los que se interactúa diariamente.
- Conflictos entre las familias de distintos pacientes. La convivencia en habitaciones compartidas y la falta de privacidad.
- Personal sanitario inexperto y con falta de conocimientos sobre el diagnóstico del paciente, tratamiento, clínica de la enfermedad o el uso del equipamiento médico.²⁸

Como consecuencia de una deficiente adaptación de la familia al entorno hospitalario provoca signos y síntomas físicos sobre los mismos como ansiedad, estrés, perturbaciones del sueño, fatiga y dolores musculares asociados a tensión, y no se debe olvidar que el niño sigue estando presente en todo momento, y es capaz de vivir y percibir esta desadaptación a través de su familia, produciendo un ajuste a la nueva situación menos eficaz.

La crisis que atraviesa la familia puede provocar distintas alteraciones en los mismos, las más comunes son las estructurales, procesuales y emocionales.²⁸

- **Alteraciones estructurales**

Hacen referencia a los cambios en los roles y funciones de los miembros de la familia, a la adscripción del rol de «cuidador primario», a la rigidez en la interacción familiar, en la relación familia/persona afectada y en las interacciones de la familia con los servicios asistenciales y el aislamiento social. Entre estas tenemos:

- *Cambios en los roles, funciones y jerarquía familiar*

Los cambios en los roles y funciones sean posiblemente los más profundos y complejos a los que se enfrenta la familia como consecuencia de una enfermedad aguda o crónica, pues se ve obligada a negociar roles y funciones. Cuando el que enferma es uno de los hijos el impacto estructural es menor, ya que el niño no tiene muchas responsabilidades familiares, pero el impacto emocional puede llegar a ser muy profundo.²⁸

Del mismo modo que la familia tiene que adaptarse a la enfermedad, debe hacerlo a la vida cotidiana; en algunas ocasiones, se encuentra familias de pacientes crónicos gravemente discapacitados que parecen cooperar durante la hospitalización, pero luego plantean graves dificultades en el alta.

Si quien enferma es un niño pequeño, el deseo de desarrollar plenamente su actividad, que ha estado limitada durante su hospitalización, puede crear situaciones incómodas generadas por los propios padres, que, incapaces de controlarlo, insisten en que respete normas que el niño se niega a aceptar.

- *Adscripción del rol de «cuidador primario»*

El «cuidador primario» es quien asume el cuidado del niño hospitalizado. Habitualmente, la adscripción sigue criterios socio-culturales que designan a las mujeres; en el caso de los niños, suelen ser las madres. Es importante que el cuidador primario tenga períodos de respiro para evitar su desgaste, ya que la calidad del cuidado dependerá en gran medida de que el cuidador descanse.²⁸

Así, una vez diagnosticada una enfermedad, debe identificarse la persona que asumirá la atención del niño hospitalizado. Hay que adiestrarle y ayudarle para que ataje las situaciones de crisis que le puede acarrear su función.

- *Rigidez en la interacción familiar*

También puede originarse una rigidez en la interacción familiar y en la relación familia-persona afectada debido a las dificultades de la

familia para cambiar su organización, especialmente, al cambiar de fase.

Las coaliciones y las exclusiones emocionales caben entenderse en términos de rigidez: el cuidador primario y el enfermo desarrollan una relación estrecha de la que los restantes miembros quedan excluidos. En ocasiones esa relación privilegiada es resentida por algún otro familiar, como es el caso de los hermanos.

También aparece la sobreprotección como respuesta en la que se exime al enfermo de realizar cualquier tipo de esfuerzo, limitando su propia vida, lo que provoca muchos conflictos durante el forcejeo de lo que puede y no puede hacer. El niño sobreprotegido puede darse cuenta de que ocupa un lugar privilegiado en la familia, lo que confirma sus sentimientos de fragilidad y ansiedad respecto a su supervivencia. Los padres podrían tener problemas para hablar con su hijo sobre la enfermedad y los tratamientos.

- *Rigidez entre las familias y servicios asistenciales*

La rigidez también es común en las interacciones entre la familia y los servicios asistenciales. Los profesionales pueden enviar mensajes negativos a la familia restándole competencia, por lo que la familia suele delegar sus funciones en ellos. Frecuentemente, los padres llegan

a hacerse expertos de la enfermedad de su hijo y pueden llegar a competir con el personal sanitario.²⁸

Estos conflictos entre el personal y la familia son comprensibles si se tienen en cuenta las tensiones bajo las cuales trabaja el equipo médico-sanitario y las angustias de los padres que tienen hijos enfermos. Los padres no pueden entender su situación de forma tan objetiva y racional como el personal sanitario y tienen sentimientos que para los profesionales son incongruentes, llegando en ocasiones a rivalizar con ellos si consideran que la relación con el niño peligrará.

Otras veces, el desconocimiento de los padres sobre la enfermedad puede originar desconfianza hacia el personal. Es importante ofrecer información clara y esperanzadora en todas las etapas de la enfermedad.

- **Alteraciones procesuales**

La enfermedad fuerza un momento centrípeto de transición en la familia, de carácter para adaptarse a las necesidades que aquélla impone. Puede entenderse el ciclo familiar como la alternancia de momentos centrípetos y centrífugos. Los momentos centrípetos son aquéllos en los que la familia tiene que realizar tareas que son internas a la familia (se mantiene la estructura familiar); y por momentos centrífugos los que, por el contrario,

implican tareas externas a la familia (se generan nuevas estructuras familiares). En general, la aparición de una enfermedad fuerza un momento centrípeto.²⁸

- **Alteraciones emocionales**

Las emociones de la familia son diferentes en cada etapa de la enfermedad y suelen ser muy complejas.

- *Emociones según las etapas de la enfermedad*

La familia que se enfrenta a la experiencia de una enfermedad responde de manera diferente en función de las fases de la enfermedad.

Ante el diagnóstico la reacción es de shock y pánico. La primera fase de desintegración cursa con depresión, cólera y culpa. En la fase de ajuste, la familia busca información que le anime y se va acomodando emocionalmente; también debe enfrentarse a la sociedad (dar explicaciones...). Durante la fase de reintegración, la familia trata de poner la enfermedad en su lugar y de integrarla en la vida familiar.²⁸

- *Respuestas emocionales complejas*

La presencia de un hijo con una enfermedad constituye un factor potencial que puede llegar a perturbar el funcionamiento familiar y ese funcionamiento determinará la reacción del niño ante la enfermedad.

Los padres responderán no sólo en función de la enfermedad, del tratamiento y de la forma como reaccione el niño, sino también según sus propios sentimientos y problemas personales, lo que significa que tanto las reacciones del niño enfermo como la de sus padres son interdependientes.

La familia afectada por una enfermedad responde emocionalmente de manera compleja: se entremezclan afectos positivos y negativos. Sus miembros pueden experimentar sentimientos de pena, impotencia, agresividad, culpabilidad, ambivalencia (deseos de ayudar al enfermo y, a su vez, sentirlo como una carga o desear que muera para que no sufra), injusticia, temor al futuro... Como respuesta, los familiares pueden sufrir un derrumbe psicológico (depresión, ansiedad...) o físico (el cuidador primario puede enfermar), o abandono del enfermo.

Si el niño tiene hermanos, éstos también reaccionarán ante el desequilibrio de la familia. Los hermanos igualmente experimentan sentimientos de culpa (por alegrarse de no ser ellos los enfermos y por tener sentimientos negativos hacia su hermano si los padres propician a éste más atención). Otras veces podrán sentirse desplazados si entienden las atenciones al niño enfermo como favoritismo, deseando también estar enfermos. Los padres, a su vez, pueden llegar a reducir

la atención hacia los demás hijos, olvidando sus necesidades o esperando de ellos lo que no podrá conseguir el niño enfermo.

La enfermedad del hermano puede producirles un impacto tan fuerte que les lleve a desarrollar trastornos del comportamiento, fracaso escolar o incluso sufrir ellos mismos síntomas físicos: dolor de cabeza, de estómago o síntomas parecidos al hermano enfermo que, en ocasiones, requieran consulta médica. Los hermanos con capacidad de entender la enfermedad pueden preocuparse al ver en sus iguales la afección y se imaginan que ellos mismos pueden enfermar.²⁸

Las experiencias negativas con los sistemas de salud suelen dificultar la confianza en los profesionales y la colaboración con los mismos. También los sentimientos hacia los profesionales están condicionados por los valores culturales. Por ejemplo, según las culturas, los padres respetan a los médicos y saben expresar sus sentimientos y recibir su ayuda o exageran los problemas para que los profesionales se den cuenta de lo dura que es su situación.

El sentido que la familia dé a la enfermedad y el grado de control que ejerza sobre la misma condicionará el ajuste emocional a la situación: depende de su sistema de creencias y de la cultura en la que está

inmersa. Ligado al control de la enfermedad está la posibilidad de mantener la esperanza, cierta calidad de vida y cierta dignidad.

La conspiración de silencio en torno a la enfermedad del paciente o el temor a la transmisión genética pueden ser otro tipo de alteraciones en la respuesta emocional.²⁸

Es así como las investigadoras conciben que las percepciones están influenciadas tanto por aspectos interpersonales como clínicos de la atención de salud.

La manera como se perciba el cuidado es intrínsecamente subjetiva y personal y depende de la relación entre enfermera – paciente.²⁹

Esta investigación fue respaldada por cuatro teóricas quienes contemplan la diversidad cultural, el aspecto psicosocial de los padres en estudio. Dentro de ellas tenemos:

Leininger M, desarrolló su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales. Ella decía que el cuidado, esencia de la enfermería, tiene un gran poder significativo para explicar la salud y el bienestar de la gente en su cultura. Pues este cuidado para el profesional enfermero es imperativo para conocer las complejas necesidades de salud de un determinado paciente, su

familia. Leininger se basaba en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales de enfermería para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás. La meta de esta teoría es proporcionar cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y los modos de vida de los pacientes. Para Leininger los cuidados de enfermería son fenómenos abstractos y concretos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación dirigidas a otras personas que tienen necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o estilo de vida.³⁰

Watson basa el cuidado humano en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, que vendría ser el profesional de enfermería y el familiar del niño en estudio; generando conocimiento, respeto y ayuda mutua, rescatando siempre la dignidad humana en la asistencia de enfermería, dentro de un marco de amor. Es una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Según Watson la práctica de enfermería está guiada por 10 factores, que son: la formación de un sistema humanístico–altruista de valores, que facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. La inculcación de fe-esperanza, el cultivo de la sensibilidad para uno mismo

y para los demás, el desarrollo de una relación de ayuda y confianza, la promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos, la utilización sistemática del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones, la promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal, la provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual, la asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas y el reconocimiento de fuerzas existenciales – fenomenológicas, espirituales. ²⁹

Roy C., se centra en la adaptación de la persona; afirma que la persona busca continuamente estímulos en su entorno. Como paso último, se efectúa la reacción y se da paso a la adaptación. Esta reacción puede ser eficaz o puede no serlo. Las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir el objetivo de adaptarse, es decir, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufre la persona y el entorno. Las respuestas ineficaces son las que no consiguen o amenazan los objetivos de adaptación. La enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse a tener bajo control el entorno. Dando como resultado un óptimo nivel de bienestar para la persona. ³¹

Waldow R, hace referencia al cuidado como una forma de expresión de relación con el otro ser y con el mundo en fin, como una forma de vivir plenamente. Ella define el cuidado de enfermería como el resultado del desarrollo de acciones, actitudes y comportamientos basados en conocimientos científicos, experiencia, intuición y pensamiento crítico, realizados para el paciente o ser cuidado, con la finalidad de promover, mantener y/o recuperar su dignidad y totalidad humana. Esa dignidad y totalidad engloba el sentido de integridad y la plenitud física, social, emocional, espiritual e intelectual en las fases de vivir y morir. Constituye un proceso de transformación de ambos, cuidador y el ser cuidado.

Considera también que el cuidado de enfermería tiene una dimensión ética, asociada a la presencia del cuidador en el cuidado, en busca de su bienestar y una dimensión estética que se refiere a los sentidos y valores que fundamentan la acción en un contexto, de modo que haya coherencia y armonía entre sentir, conocer y hacer, incluye también la posibilidad de recibir al otro, permitiéndole expresar sus sentimientos, comprender su experiencia y expresarlo.³²

Finalmente las investigadoras definen su objeto de estudio como el reconocimiento, selección e interpretación que realiza el padre o madre del niño hospitalizado para generar un juicio o criterio sobre el cuidado enfermero, donde podrán expresar sus sentimientos, pensamientos, vivencias,

etc.; del cuidado que brinda la enfermera a sus niños durante el proceso de hospitalización; el cual depende de los estímulos y sensaciones obtenidas del ambiente hospitalario y la relación con el profesional de enfermería; y además está influenciado por la cultura e ideología que tengan los padres.

2.3. Marco contextual

Este estudio se realizó en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” en el servicio de preescolar, actualmente ubicado en la sección norte de este recinto; presenta una sala de hospitalización, un área de procedimientos (tópico), una sala de star de enfermería, además de un vestidor y servicios higiénicos para niños y familiares cuidadores.

El área de hospitalización cuenta con 11 cunas de metal y una cama. Las cunas de metal son de 120cm de altura por 150cm de largo por 90 cm de ancho, con un espacio de 85 cm entre cuna y cuna, cada una de estas incluye un colchón y barandas laterales que se pueden movilizar manualmente y así también quedar fijas para seguridad. Asimismo, tiene una silla plástica para cada cuna, junto a un estante para uso personal de cada niño. En cada cuna se evidencia puntos de oxígeno empotrado. En el centro del área cuenta con una mesa redonda además de una balanza calibrada.

El área de procedimientos (tópico), cuenta con una camilla pediátrica, en la cual se realiza la colocación de catéter periférico, sondas tanto oro - nasogástricas, cateterismo vesical, exámenes diagnósticos y muestras para análisis de laboratorio. Además de contar con un coche que contiene material de uso básico, en la cual se preparan medicamentos. También tiene un ambiente para lavado de manos y desinfección, servicios higiénicos para el personal.

Los pisos son de loseta, las paredes son de cemento, pintadas de color crema, ventanas altas y grandes. La limpieza es realizada por el personal de limpieza del servicio una vez al día por las mañanas.

El servicio de preescolar alberga en promedio durante 3 días a niños desde 7 meses de edad hasta 13 años, ya que alberga a preescolares, escolares, adolescentes y por razones de demanda a lactantes; procedentes principalmente de las zonas urbanas marginales y rurales, así como del norte y oriental del país. Las causas de hospitalización más frecuente son enfermedades del tracto respiratorio, seguida de desnutrición, entre otros.

Los recursos humanos por turno con los que cuenta son 1 médico, 1 enfermeras, 2 internas de enfermería y 1 técnico de enfermería, la atención es en los turnos mañana, tarde, guardia nocturna.

La edad de las enfermeras es de 27 a 55 años de edad, el tiempo de estancia laboral en el servicio es de 3 a 15 años. Por turno trabaja 1 enfermera, realizando múltiples funciones que se inician desde la entrega del reporte de enfermería, luego realiza la ronda de enfermería, haciendo la valoración inicial del niño, luego ejecuta intervenciones de enfermería aplicando el PE, posteriormente participa de la visita médica; en la cual pasa indicaciones al kardex, realiza la admisión y altas de los niños a su cargo y realiza las notaciones para registrar los cuidados de enfermería.

A parte del equipo de salud, se encuentran los familiares acompañantes; sobre todo los padres del niño, ya sea madre o padre. Estos proceden de zonas urbanas marginales y rurales alejadas, de solvencia económica deficiente y con una cultura propia al lugar que pertenecen.

Se observó que los familiares pernoctan en el hospital, fuera del servicio de preescolar y permanecen junto al niño el resto del día, proporcionando cuidados a su hijo, informan cualquier alteración de necesidades de salud que presente el niño al profesional de salud; de esa manera colaboran, así como en la comunicación del estado de salud de su niño, apoya en la realización de procedimientos, sujetando al niño; durante los exámenes auxiliares traslada al niño acompañado del técnico de enfermería, compra y recoge medicamentos y demás material de farmacia SIS, ayuda a administrar medicamentos por vía

oral y así mismo brinda alimentación a su hijo; y mantiene limpio la unidad del niño hospitalizado.

Se evidenció que cuando más el familiar este con el niño, y participe de su cuidado; los niños colaboran más con los procedimientos y tratamientos. Los niños preescolares que se hospitalizan aquí son dependientes de su madre o padre para la satisfacción de sus necesidades. También es importante mencionar que el padre trae juguetes del niño para que se sienta cómodo y pueda entretenerse.

CAPÍTULO III:

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

Para el presente estudio se utilizó la investigación cualitativa, para Lincoln y Denzin es aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. En donde el investigador ve al escenario y a las personas desde una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo.³³

La investigación cualitativa requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan. Busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento, investiga el por qué y el cómo se tomó una decisión, se basa además en la toma de muestras pequeñas, es decir grupos de población reducidos.

Se optó por dicho tipo de investigación, debido a que las investigadoras analizaron y comprendieron a los sujetos dentro de su marco referencial, apartando las creencias, perspectivas y predisposiciones propias. Por lo que el objeto de estudio está enmarcado en comprender cómo es la percepción del cuidado enfermero por padres de niños hospitalizados en el servicio de preescolar del hospital regional docente las mercedes, pudiendo estudiarse al sujeto en su día a día. Sobre todo, porque son aspectos cognitivos conceptuales, afectivos, actitudinales, que regulan aspectos comportamentales como la percepción del cuidado enfermero y que es parte de la subjetividad de las personas.

3.2. Diseño o enfoque

Para responder al objeto de investigación se utilizó como enfoque metodológico el estudio de caso, esta es una herramienta metodológica empleada para describir exhaustivamente la ocurrencia de algo, dentro de un contexto definido por el investigador.

Los estudios de caso son investigaciones a profundidad de una sola entidad o de una serie reducida de entidades; normalmente la entidad es un individuo, pero también puede tratarse de familias, grupos, instituciones y otras unidades sociales. De donde se obtienen datos que describen cualquier fase o el proceso de la vida de dicha entidad en sus diversas interrelaciones dentro de su escenario cultural.³³

Coherentemente con el objeto de investigación, el abordaje de caso permitió un análisis profundo de la realidad de la percepción del cuidado enfermero que tienen los padres de niños preescolares hospitalizados, considerando el ámbito personal, familiar, social y cultural. La forma en como la persona piensa, siente, vive, y se comporta.

En esta investigación utilizando esta herramienta, permitió describir de manera meticulosa lo que sienten, piensan, los padres niños hospitalizados, dentro del contexto donde se encontraron, en el servicio de preescolar, permitiendo analizar profundamente la realidad del cuidado de enfermería.

Según Ludke M. y Andre M. (1988), las fases del estudio de caso son tres: abierta o exploratoria, de delimitación, análisis sistemático y elaboración del informe.³³

La fase exploratoria: es aquella en la que se especifican los puntos críticos, se establecen los contactos iniciales para entrar en el campo, localizar a los informantes y fuentes de datos y es fundamental para la definición más precisa del objeto de investigación.

Esta fase se refiere a la problematización que se iniciará con las interrogantes planteadas por las investigadoras derivadas de la observación en el campo seguido.

Delimitación del estudio: el investigador procede a recolectar sistemáticamente las informaciones, utilizando instrumentos estructurados y técnicas variadas.

En la presente investigación se procederá a recolectar la información previo consentimiento informado de los padres, usando como técnica la entrevista abierta a profundidad, la cual permitirá recolectar datos relacionados al objeto de estudio.

El análisis sistemático y la elaboración del informe: surge la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes para que manifieste sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado.

En el presente trabajo de investigación, los datos obtenidos se sistematizarán y analizarán y se podrán a disposición de los investigados.

Así también esta investigación se desarrolló tomando como referencia los principios del estudio de caso citado por Menga Ludke y André:³³

Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento, donde el investigador a pesar de partir de algunos presupuestos teóricos iniciales, procurará mantenerse constantemente atento a nuevos elementos que puedan surgir como importantes durante el estudio. El cuadro teórico inicial sirvió así de esqueleto, de estructura básica a partir del cual pudieron ser detectados nuevos aspectos, nuevos elementos o dimensiones que fueron sumados en la medida en que el estudio avanzaba.

En el presente estudio se recopiló información., marco teórico expuesto inicialmente sirvió como referencia para el desarrollo de la investigación, delimitando con más exactitud el objeto de estudio que es la percepción del cuidado enfermero por los padres de niños hospitalizados del servicio preescolar del HRDLM. Se recurrió a nuevas fuentes bibliográficas de acuerdo a cómo se surgieron nuevos aspectos.

Los estudios de caso enfatizan la interpretación del contexto, para lo cual fue necesario delimitar el contexto donde se sitúa el objeto de estudio “percepción del cuidado enfermero por los padres de niños hospitalizados en el servicio preescolar del HRDLM”, de tal manera que se pudo comprender mejor la

manifestación general del problema; las acciones, las percepciones, los comportamientos y las interacciones de las personas que deben estar relacionadas a la situación específica donde ocurren o a la problemática determinada a la que están relacionadas.

Este principio se materializó en la presente investigación al tomarse en cuenta el entorno personal, familiar, social y cultura del padre del niño preescolar, lo que permitió comprender mejor cómo es su percepción, así como el entorno hospitalario, ya que se contextualiza y delimita a los sujetos de estudio con su realidad específica. Pues se analizó desde el contexto hospitalario.

Los estudios de caso buscan retratar la realidad en forma compleja, y profunda: aquí el investigador procura revelar, la multiplicidad de las dimensiones presentes, en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo. Este tipo de abordaje enfatiza la complejidad natural de las situaciones, evidenciando las interrelaciones entre sus componentes. En la presente investigación se buscó indagar acerca de cómo es la percepción del cuidado enfermero en pacientes por los padres de niños hospitalizados en el servicio preescolar del HRDLM.

Los estudios de caso usan una variedad de fuentes de información: pues el investigador recurre a una variedad de datos recolectados en diferentes momentos, en situaciones variadas y con una variedad de informantes. En la presente investigación fueron recolectados a partir de distintas fuentes,

principalmente del padre y/o madre del niño preescolar hospitalizado, además del niño preescolar y enfermeras; procesados en diferentes momentos.

Los estudios de caso procuran representar divergentes y conflictivos puntos de vista presentes en una situación social, en la presente investigación el objeto de estudio “la percepción” suscitó opiniones diferentes, donde las investigadoras trajeron para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación. Las investigadoras aceptaron e interpretaron los diferentes puntos de vista, despejando juicios propios emitidos.

Se utilizó un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatorios de investigación: Se puede decir que el caso es construido durante el proceso de estudio, solamente se materializa en cuanto caso, en el relatorio final, donde queda evidente si se constituye realmente en un estudio de caso. En la presente investigación se utilizó un lenguaje sencillo, para que las personas que quieran leerla puedan entenderla.

3.3. Población y muestra

Una vez definido el tipo de estudio y el abordaje de los datos, la selección de los participantes, se llevó a cabo teniendo en cuenta el objeto y objetivo de la presente investigación.

Los sujetos de investigación estuvieron conformados por madres y/o padres de niños hospitalizados en el servicio de preescolar del HRDLM, Chiclayo.

Para delimitar los sujetos de estudio se hizo uso del fenómeno de saturación; para Monje (2011), este criterio significa que el investigador ha hecho una exploración exhaustiva del fenómeno estudiado no encontrando de parte de los informantes más explicación, interpretación o descripción del fenómeno estudiado. De hecho, tienden a hacer una redundancia en la cual el investigador obtiene la misma (o similar) información en repetidas indagaciones.³⁴

La población que se tomó en cuenta al ejecutar la presente investigación, estuvo constituida por 12 las madres y/o padres del servicio de preescolar del HRDM durante los meses de mayo a julio del año 2017, los cuales reunieron los siguientes

Criterios de inclusión:

- Padre y madre de niños entre 3 a 5 años, hospitalizados en el servicio de preescolar.
- Tiempo de Hospitalización del niño: Se considerará como un mínimo de 3 días.
- Niño hospitalizado con cualquier patología y severidad.

La muestra estuvo conformada por 9 madres y/o padres de niños hospitalizados del servicio de preescolares. A cada uno de los participantes se le asignó un seudónimo que, además, fue determinado por un código de flores: Hortensia, jazmín, tulipán, girasol, rosa, margarita, amapola, clavel y orquídea.

El número de participantes estuvo dado por la técnica de saturación y redundancia, la cual denotó el sentimiento de “Cierre” del proceso de obtención de datos, es decir no se consideró la información redundante.⁷

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En el presente estudio para la recolección de datos se utilizó como técnica, la entrevista y como instrumento, la guía de entrevista semiestructurada a profundidad.

También, mediante un documento se solicitó permiso a las autoridades del servicio de pediatría del H.R.D.L.M, donde se les informó el objetivo de la investigación.

Para validar los instrumentos se realizó un estudio piloto el cual constituyó una prueba preliminar de las entrevistas que se realizaron a los padres de dicha institución. Los datos de las entrevistas, no se incluyeron en la muestra de estudio.

La aplicación de la entrevista a profundidad estuvo a cargo de las investigadoras teniendo en consideración los principios éticos.

Las entrevistas a profundidad se realizaron de la siguiente manera:

En una primera reunión con los padres se solicitó su libre participación en la investigación, previa explicación de los objetivos del estudio y se coordinó la fecha, hora y lugar para el desarrollo de la entrevista.

La segunda reunión se realizó en un ambiente tranquilo y libre de bullicios que permitió realizar la entrevista y obtener respuestas espontaneas y claras, sin inhibiciones a las preguntas que estuvieron plasmadas en la guía y las que surgieron posteriormente, las respuestas obtenidas fueron grabadas y posteriormente registradas, con previa autorización del entrevistado.

Se recolectó información sobre el padre o cuidador, para poder ubicarlo en caso de que su niño sea dado de alta antes de haber culminado con las reuniones establecidas.

Se utilizó como técnica la entrevista abierta a profundidad:

En el estudio que se llevó a cabo por las investigadoras se utilizó como técnica de recolección de datos a la entrevista abierta, dentro de las cuales está la entrevista semiestructurada; que se utiliza cuando se quiere investigar los

sentimientos profundos, las motivaciones de los comportamientos de las personas, sus vivencias; tiene por objetivo identificar actitudes, valores y puntos de vista del actor social desde su óptica en diferentes contextos, y también permite comprender proceso de interacción grupal y/o social.³⁶ Esta técnica permitió la recolección de datos mediante preguntas abiertas lo cual facilitó a los participantes expresarse de manera libre y a las investigadoras indagar a profundidad sobre el objeto de estudio, la percepción de los padres.

El instrumento utilizado es la guía de entrevista semiestructurada a profundidad, ya que mediante este instrumento se pudo recabar la información deseada. La entrevista semiestructurada se caracteriza por una indagación intensa, preguntas abiertas que permiten a los entrevistados tener mayor libertad de expresión para exponer su punto de vista, sus sentimientos y perspectivas sobre el objeto en estudio, y al mismo tiempo permitió a las investigadoras explorar a profundidad el objeto de estudio. (Anexo N°2)

La recolección de datos se obtuvo y llevo a cabo de la siguiente manera: Primero, se seleccionó a los padres según los criterios de inclusión mencionados anteriormente, a la vez se les explicó en términos sencillos el objetivo de la investigación; que se realizó en el servicio preescolar donde estuvieron hospitalizados sus hijos. Luego se aplicó la entrevista individual a profundidad, se utilizó el sondeo, ya que este proporcionará una respuesta a las preguntas abiertas, completa y significativa, a fin de que el entrevistado logró proporcionar

información más útil que en su primera respuesta y así se llegó al contenido deseado que responda al objeto de investigación.

Los datos se obtuvieron por medio de entrevistas grabadas, que fueron transcritas posteriormente por las investigadoras y así se pudo registrar la respuesta textualmente o de la manera más aproximada posible, y poder comprender la percepción del cuidado enfermero por los padres de niños hospitalizados.

3.5. Técnicas de Análisis de datos

Los datos cualitativos hacen referencia a comportamientos, actitudes, motivaciones, cualidades, percepciones como es el caso; que mayormente comprenden información o descripción detallada a profundidad de personas, de fenómenos, situaciones o conductas observadas; para ello el análisis de datos consistió en tres actividades interrelacionadas: resumir o reducir la información, presentar la información a través de una descripción y elaborar conclusiones sobre el significado de la percepción de los padres de niños hospitalizados. Según ello se aplicó en la presente investigación el análisis temático, el que consistió en seleccionar una muestra y recopilar información para luego ser categorizada.

De acuerdo a esta técnica mencionada, luego de obtener la información primero se transcribió en forma detallada cada discurso, tal cual lo ha manifestado el entrevistado, luego fue leídos y releídos uno por uno.

Posteriormente se procedió a la descontextualización en la que las declaraciones se separaron en segmentos, que constituyeron las unidades de significado; es decir la categorización llevándonos finalmente a agrupar los discursos en subcategorías y categorías, para lo cual se asignó un seudónimo.

Finalmente se realizó el análisis respectivo de cada categoría y subcategoría confrontando con la teoría, seguido de las consideraciones finales y verificando que responda al objetivo propuesto. Por último, se contrastó los resultados con la biografía y los antecedentes respectivos.

3.6 Criterios de Rigor Científico: ³⁶

El rigor es un concepto transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación y permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación, y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos.

Durante el desarrollo de la investigación se tuvo presente los siguientes principios:

- **Principio de confidencialidad:** Implica la confianza que un individuo tiene de cualquier información compartida y utilizada solamente para el propósito por el cual fue revelada. Así, una información confidencial es tan

privada como voluntariamente compartida, en una relación de confianza y fidelidad.

En la presente investigación, sólo las personas autorizadas tuvieron acceso a la información que se obtuvo por los padres participantes. Se mantuvo en todo momento en el anonimato a quienes se les entrevistaron respetando así su dignidad humana y su voluntad.

- **Principio de credibilidad:** implica la valoración de las situaciones en las cuales una investigación pueda ser reconocida como creíble, y la información será acoplada a la verdad. En esta investigación se aplicó este criterio ya que el padre participante fue citado por tercera vez para confirmar el discurso que ha dado, lo más posible cercado a lo que ha mencionado el entrevistado.
- **Auditabilidad o Confirmabilidad:** Se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información, que se logró cuando otro(s) investigador(es) pueden seguir “la pista al investigador original y llegar a hallazgos similares”.

La auditabilidad denota objetividad y se centra en las características de los datos (si son susceptibles de confirmación), por lo que se realizó un registro

y documentación completa de los datos obtenidos en la investigación, de manera que si otro investigador examina los datos, pueda llegar a conclusiones iguales o similares, siempre y cuando tenga las mismas perspectivas.

- **La Transferibilidad o Aplicabilidad:**

Este criterio no se refiere a generalizar los resultados a una población más amplia, ya que ésta no es una finalidad de un estudio cualitativo, sino que parte de ellos o su esencia puedan aplicarse en otros contextos.

La transferencia que se desea favorecer con este estudio en ciertos casos, pueden dar pautas para tener una idea general del problema estudiado y estos puedan ser interpretados y aplicados en otros contextos y otras situaciones.³⁷

3.7 Principios Éticos^{36,39}

Los principios éticos se consideran como valores morales que rigen a la sociedad y ello tiene que ver con las conductas o comportamientos propios de cada persona. Es por esto que no se debe olvidar que un investigador es una persona que cuenta con una formación ética y moral, la cual ha ido adquiriendo a lo largo

de su vida. Para la siguiente investigación que se realizó con los padres entrevistados se consideraron los siguientes principios éticos:

- **Principio de beneficencia:**

Es la obligación de hacer el bien, se entiende como los actos de bondad y de caridad que van más allá de la obligación estricta. En esta investigación se hizo presente este principio, garantizando a la madre y/o padre que la información que brindó al momento de aplicar la entrevista fue utilizada para fines académicos y para la mejora cuidado de enfermería y no se usó en su contra.

- **Principio de respeto a la dignidad humana:**

Este principio se aplica al hombre para señalar una peculiar calidad de ser, para sostener que es persona y no sólo individuo. En esta investigación se brindó información detallada de lo que consistió su participación.

- **Principio de justicia:**

La justicia, en el sentido de "equidad en la distribución", o manera de concebir el principio de justicia es afirmar que las personas deben ser tratados con igualdad. Esto implica que la presente investigación enfatizó

en el trato justo y el derecho a la preservar el anonimato de los participantes.

CAPÍTULO IV:

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al ser hospitalizado el niño, los padres se hacen partícipes activos de su cuidado e interacciona con el ambiente hospitalario y el equipo de salud, en especial con el profesional de enfermería; durante este proceso de hospitalización, los padres enfrentan diferentes situaciones nuevas y difíciles, ante ello muestran temor, angustia, desesperación y ansiedad, tienen diferentes reacciones para afrontar la crisis situacional o dolor de la enfermedad que su niño está atravesando, lo que conlleva a una crisis situacional.

Esta crisis no solo afecta al niño sino también a sus padres, es por ello que las enfermeras deben poseer competencias para atender las necesidades del preescolar así como las de sus padres, de manera integral y holística. Esto se va a dar durante el cuidado que brinda enfermería, por lo tanto es importante que exista una adecuada interrelación enfermera – niño y padres, que va a influenciar en la percepción que se genere en ellos durante su permanencia en el hospital. Esta percepción es el reconocimiento, selección e interpretación que la persona adquiere a través de los sentidos para generar un juicio o criterio sobre una realidad o situación, el cual depende de los estímulos físicos y sensaciones; y además está influenciado por las vivencias, la cultura e ideología que se forma desde la infancia. Mediante la percepción, el padre y/o madre pueden expresar su opinión acerca del cuidado que brinda la enfermera a sus niños durante el proceso de hospitalización.

La enfermera que trabaja en pediatría debe ser especialista que demuestre competencias tanto científico-técnicas y humanas para cuidar al niño y sus padres, a quienes les

brindan un cuidado de calidad, lo que permite al niño y a sus padres adaptarse al entorno hospitalario y a sus normas.

La presente investigación tuvo como objetivo comprender la percepción del cuidado enfermero por los padres de niños hospitalizados en el Servicio Preescolar del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, 2016.

Al realizar el análisis temático de los resultados, el estudio de caso ha develado las siguientes subcategorías con sus respectivas categorías:

I. PERCIBIENDO UN CUIDADO ENFERMERO DE CALIDAD

- 1.1. Eficiencia de la enfermera en el cuidado
- 1.2. Continuidad del cuidado
- 1.3. Cuidado humanizado

II. PERCIBIENDO UN CUIDADO ENFERMERO INADECUADO

- 2.1. Inseguridad en el cuidado
- 2.2. Falta de experticia
- 2.3. Inadecuada comunicación entre enfermera – padres
- 2.4. Cuidado deshumanizado
 - 2.4.1. Ausencia de apoyo emocional
 - 2.4.2. Inadecuada relación de ayuda

- 2.4.3. Inadecuado trato durante el cuidado
- 2.5. Ausencia de capacitación para el cuidado en el hogar
- 2.6. Ausencia del cuidado transcultural

I. PERCIBIENDO UN CUIDADO ENFERMERO DE CALIDAD

La percepción del cuidado, es definido como el proceso mental mediante el cual los padres y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado, es decir en el momento de cuidar al otro y como se interiorizan y clasifican los momentos y acciones intencionales de la persona cuidada y de aquella denominada cuidadora. Durante estas interacciones, las personas incluyen sentimientos, pensamientos y expresiones, lo cual está relacionado con el cuidado genuino y simultáneo de Watson, citado por Rivera L., Triana A., que permite a la persona percibir datos del exterior y organizarlos de un modo significativo en el interior, para tomar conciencia del mundo que les rodea.³⁸

Este proceso mental contempla el reconocimiento, selección e interpretación que realiza el padre del niño hospitalizado para generar un juicio o criterio sobre el cuidado enfermero, donde expresan sus opiniones, sentimientos, pensamientos, etc.; del cuidado que brinda la enfermera a sus hijos durante el proceso de hospitalización, el cual depende de los estímulos y sensaciones obtenidas del ambiente hospitalario y la relación con el profesional de enfermería; y además está influenciado por la cultura e ideología que tengan los padres.

Watson menciona que el cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud; esta práctica del cuidado es central de enfermería. Este cuidado es efectivo cuando promueve la salud y crecimiento personal y

familiar, cuando promueve la satisfacción de necesidades, por tanto, propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente.³¹

La percepción del cuidado enfermero por los padres en esta investigación se describe lo siguiente: Los padres durante la estancia hospitalaria de su menor hijo perciben que el cuidado enfermero está dirigido en algunos casos a mostrar eficiencia del cuidado generando una buena percepción evidenciándose a través de la expresión de la satisfacción de los padres y en otros casos haciendo referencia a la continuidad del cuidado enfermero de turno a turno asimismo algunos padres perciben un cuidado humanizado por parte de algunas enfermeras, reconociendo la científicidad y calidez humana en su cuidado.

1.1. Eficiencia de la enfermera en el cuidado

La eficiencia es la virtud para lograr algo, que se da por la relación existente entre el trabajo desarrollado, el tiempo invertido, la inversión realizada en hacer algo y el resultado logrado. Es decir la eficiencia es el grado en que se cumplen los objetivos de una iniciativa al menor costo posible, buscando el uso óptimo de los recursos disponibles, es decir busca optimizar el equilibrio existente entre la relación costo/beneficio en el sentido de reducir los costos que genera la creación de un beneficio o el cubrimiento de una demanda.⁴⁰ Es así que la eficiencia en los servicios de salud hacen referencia a conseguir el máximo

beneficio para el usuario, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos; este concepto de eficiencia se incluye dentro de la calidad en salud.

Por ello se identifica principalmente la calidad como un principio básico de la atención de salud, estableciendo que calidad en salud es el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener el servicio de salud que se provea a los usuarios en la búsqueda constante de su satisfacción, siendo esta la misma en todos los niveles de atención.⁴¹

Es así que para el personal de salud es de vital importancia el cumplimiento de los objetivos esperados y es el profesional de enfermería el que se encuentra las 24 horas del día al cuidado de la persona hospitalizada; en este caso el niño preescolar dependiente de sus padres; donde la enfermera debe ser especialista, desarrollar competencias específicas para atender las necesidades del niño preescolar así como las de sus padres, de manera holística; para alcanzar la satisfacción de la persona.

El cuidado de enfermería, según *Jean Watson*, tiene por objetivo facilitar la consecución por la persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma, que engendre procesos de autoconocimiento, respeto a uno mismo, autocuración y autocuidados. Asimismo, sostiene que este objetivo se alcanza a través del proceso de asistencia de persona a persona y de las transacciones que dicho proceso genera.⁴²

Este cuidado debe lograr que una persona (individuo, familia o comunidad), con problemas reales o potenciales de salud, reciba un cuidado de enfermería eficiente, dentro del cual esté integrado el prestar un cuidado oportuno, que sea accesible y continuo además de ser humanizado, para lograr el máximo bienestar y satisfacción del niño y sus padres que participan del cuidado de su menor hijo y que se evidencia a través de la expresión positiva de la percepción subjetiva que tenga cada uno.

Esto se hace evidente en las siguientes unidades de significado:

... “Hay una enfermera que, si es muy buena, amable, te explica, te informa, se preocupan por mi bebé, viene a preguntar, qué comió, si descanso tranquilo y cuando le da fiebre me educa como bajarle la fiebre sin tanto medicamento, me brinda pañitos de agua y me brinda apoyo y eso te alienta y te da fuerzas para seguir adelante” ... (Hortensia)

... “Durante su permanencia de mi hijo aquí, me ha tocado una enfermera que es buena, ha respondido a mis preguntas, le da un buen cuidado a mi niño, está atenta al medicamento, ni bien termina el medicamento ella ya está ahí pendiente, también se preocupa por el aseo que es lo principal, por ejemplo, el cambio de frazadas, sabanas que se hace del diario, cualquier duda ella me ha explicado y eso me apoyado mucho” ... (Amapola)

Esto evidencia que algunos padres perciben un cuidado eficiente por parte de algunas enfermeras al poder reconocer y describir las intervenciones que ellas realizan durante el cuidado y que generan un resultado positivo evidenciado en un servicio que se realiza con calidad y que se expresa a través de la satisfacción del entorno del usuario.

Estos resultados evidencian los cambios generados que constituyen el impacto de las acciones del cuidado y a la vez promueven la eficiencia colectiva a partir del intercambio de conocimientos, vivencias, experiencias de los errores y aciertos que generen cambios en el cuidado.⁴³

Por otra parte, estos resultados difieren de lo presentado por Carrasco V, Panta S, Pérez J, en el 2014, porque en dicha investigación se obtuvo que la mayoría de los padres perciben un cuidado deficiente por las enfermeras, debido a su labor mecanizada y a diversos factores estresantes, provocando en los familiares insatisfacción minimizando el rol profesional de la enfermera.⁷

De ahí la importancia del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria de la persona, mayor productividad, eficiencia y

eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad del cuidado, entre otros.⁴⁴

Y que es reconocido también por la OMS, ya que declara los servicios de enfermería como los pilares fundamentales de la prestación de la atención de salud y afirma que cuando se utilizan al máximo las competencias de las enfermeras, se reducen los costos y se mejora la calidad de la atención en diversos contextos.⁴⁴

Finalmente, los padres perciben la eficiencia de la enfermera en el cuidado donde expresan la satisfacción del servicio de enfermería hacia su niño, esto es rescatable y resaltante, ya que estos elogios, incentiva a la enfermera a continuar administrando un cuidado con eficiencia, un cuidado con calidad.

1.2. Continuidad del cuidado

Para la Organización Mundial de la Salud (2011), en su constitución, afirma que toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable y ha incluido la calidad de atención como un objetivo del macro proyecto de salud para todos. Para lo cual señala como requisitos de la calidad en salud: al alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, alto grado de satisfacción del usuario y el impacto final en la salud de la población.⁴⁵

Según Donabedian (2000), define la Calidad de la atención de la salud como “el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud”. Incluyendo dentro del componente estructura, elementos arquitectónicos y logísticos, equipamiento, reglamentos y normatividad; de proceso incluye planificación de los cuidados, registros de enfermería, prestación de cuidados, procedimientos de cuidado y continuidad de la atención; en la dimensión de resultados, incluye el grado de satisfacción del usuario y nivel de educación sanitaria recibida por el usuario. ⁴⁵

Donde hay calidad de cuidado, existe la continuidad del cuidado la cual es definida como el atender las necesidades de la persona, en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad, sin fragmentación entre los diferentes ámbitos asistenciales. ⁴⁶

Implica trabajar por procesos en un sistema cooperativo integrado por tres elementos esenciales (personas, entornos e información). A través de un modelo de comunicación entre los profesionales de enfermería que se fijan objetivos específicos de cobertura, calidad, evaluación y de formación, de acuerdo con las especificidades y prioridades. ⁴⁶

En la presente investigación para esta subcategoría se denotan las siguientes unidades de significado:

“Desde el miércoles que estoy aquí veo que hay una enfermera que no necesita que uno le esté llamando y diciendo señorita el medicamento se le acabo, o está sonando la bomba porque está pendiente de cada niño que cuida”... (Hortensia)

“El cuidado que recibe mi niño es bueno, lo tratan bien, le hablan con cariño, le ponen si medicina a la hora que le toca, cuando hay análisis me explican a donde debo ir”... (Clavel)

“Aquí las enfermeras que han atendido a mi hija son buenas en su cuidado, porque están pendientes de ella a la hora que le toca su medicina, viene a ver si tiene, cuando le quiero hacer una pregunta la señorita me dice: dígame, dígame la escucho” ... (Rosa)

“La señorita viene a ponerle el medicamento, están pendientes, nos tratan bien, cuando me acerco a preguntarles algo, ellas me indican, me informan para qué es el medicamento que le están poniendo”... (Jazmín)

Para las investigadoras los padres han percibido un cuidado continuo y de calidad por parte de las enfermeras, al expresar que durante su turno estaban pendiente cuando terminaba la medicina sin necesidad de llamarla y que las enfermeras están prestas a escuchar sus dudas, ello crea en los padres sentimientos positivos de comodidad y empatía generando satisfacción ante el buen cuidado.

Como se puede observar la continuidad de cuidados es una necesidad, tanto para los que la reciben, como para los que la prestan; a través de la coherencia en el actuar de enfermería es que el padre percibe la coordinación de la asistencia, logrando una mejora en la calidad de vida y la satisfacción del niño junto a sus padres.⁴⁷

Es importante de igual manera para la enfermera ya que es gestora del cuidado y le permite asegurar que todas las personas involucradas en el cuidado de la persona obtengan la información necesaria para la continuidad y calidad de los cuidados que necesiten. Asimismo, unifica el lenguaje enfermero importante para avanzar en la profesionalización de sus funciones, favorece la comunicación y la información entre profesionales, pudiéndose evitar errores y asimismo favorecer un cuidado de calidad.⁴⁷

Ya que si los profesionales no están informados e implicados en este proceso es difícil conseguir que la persona al cuidado, que precisan ser atendidos de forma continua, alcancen el nivel de atención adecuado.

Se concluye que los padres perciben continuidad en el cuidado que brinda enfermería de turno a turno y que mejora la planificación y coordinación de los profesionales para brindar un cuidado de calidad.

1.3. Cuidado humanizado

La Organización Mundial de la Salud (OMS), enfatiza que la humanización es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida.⁴⁸

Humanizar el cuidado, enfocado al mundo sanitario, se refiere a promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físico, emotivo, social y espiritual. Entonces humanizar los cuidados, es hacer el cuidado más humano, familiar y cordial, ofreciendo reciprocidad, de acuerdo al contexto de cada persona individual o con una familia.⁴⁹

El cuidado humano implica valores, principios, compromiso de cuidar, conocimiento, habilidad y destreza en el actuar, sabiendo quién es la persona que está al cuidado, cuáles son sus necesidades, limitaciones y fortalezas, que conducen a su crecimiento, mediante la interrelación que la enfermera establece con la persona, acogiéndola de una manera cálida, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar el cuidado brindado y de óptima calidad que implica el cuidado humanizado.

Evidenciándose esta humanidad en el cuidado mediante los siguientes discursos:

... “Hay enfermeras que le hablan amablemente a mi hija, la llaman por su nombre, le sonríen y entienden que es muy difícil para un niño estar hospitalizado”... (Girasol)

... “Algunas de las enfermeras que le han tocado a mi niño hasta el día de hoy son muy amables, cariñosas y humanas en su cuidado y eso se valora mucho, porque no todos los profesionales te tratan bien”... (Rosa)

... “La enfermera le habla a mi niño le hablan con cariño y le tratan de explicar a él también para que pueda comprender que es por su bien, es humana”... (Jazmín)

Con lo cual se puede evidenciar que los padres perciben un cuidado humano por parte de algunas enfermeras, generando en ellos bienestar acompañado de sentimientos positivos.

Por lo tanto, se puede denotar que a través de la interacción enfermera- persona, permite humanizar los cuidados, enfocándolos hacia el desarrollo de un proceso de cuidado familiar, continuo, generador de vida, seguro para el usuario, culturalmente aceptable, con uso del conocimiento y tecnología, pero con toque

humano y fundamentalmente centrado en la persona, fomentando al máximo su bienestar.

El cuidado es un proceso social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. Por esta razón el trabajo de Watson J, contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos, que contribuyan a mejorar la calidad de cuidado.

La teoría de Watson J, la Teoría del Cuidado Humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico con base espiritual, ve el cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería. Sostiene que el cuidado humano comprende; un compromiso moral: que busca proteger y realzar la dignidad humana, pues va más allá de una evaluación médica; la experiencia, percepción y la conexión: mostrando interés profundo a la persona.⁴⁸

Watson mencionado por Guerrero R, Meneses M, De La Cruz M., refiere que el cuidado requiere de un compromiso moral, social, personal y espiritual de la enfermera consigo misma y con otros humanos, el cual requiere que cada individuo, sea sano o enfermo, mejore su calidad de vida, inmerso en la

educación en cada cuidado brindado, y de esta manera elevar la percepción de los usuarios en relación al cuidado humanizado.⁴⁸

No solo implica conocimiento científico - técnico sino el conocimiento de la persona a quien se brindará cuidado, conocer sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones, requiere también manifestarse como persona: única, auténtica, empática, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo.⁴⁹

Teniendo en cuenta que el cuidado y el amor hacia uno mismo preceden al amor y cuidado hacia los demás. Siendo así capaz de otorgar un cuidado familiar, significativo y gratificante, que es lo que se evidencia en los comentarios de los padres en estudio.

II. PERCIBIENDO UN CUIDADO ENFERMERO INDACUADO

La persona exige hoy en día el reconocimiento de su derecho como un acto de dignidad para recibir una atención en salud, de tal manera que él se sienta valorado como persona en sus dimensiones humanas.⁴⁹

Este cuidado pierde su sentido si no hay un interés real en la persona o si el contexto donde se otorgan los cuidados es adverso o altamente tecnificado pues el contacto humano se ve limitado.

Por otro lado, la gran cantidad de acciones que se encomiendan a diario al profesional de enfermería, lo convierten en una especie de máquina que hace de su trabajo una rutina programada diaria, olvidando el sentido humanístico del cuidado; donde el fin del cuidado se enfoca en sacar cantidad, olvidando en muchas ocasiones la calidad con el que este se brinda.

Estos factores han contribuido a desvalorizar la esencia del cuidado que radica en las interrelaciones humanas y lo ha convertido en un espacio donde se da una atención forzada y despersonalizada.

A consecuencia de ello, los padres en algunos casos perciben inseguridad en la enfermera por no contar con una buena praxis asimismo algunos perciben la falta de comunicación por parte de la enfermera, ya que no tienen la confianza para expresarse, en otros casos perciben la ausencia del apoyo emocional, la falta de ayuda e inadecuado trato durante la interrelación enfermera - padre llevándolos a una percepción de un cuidado deshumanizado, en otros casos perciben una falta de educación para el cuidado de su niño en casa, no pudiendo aclarar sus dudas, finalmente perciben que no son respetadas sus creencias y costumbres, evidenciando una falta de cuidado transcultural recibido por parte de algunos profesionales de enfermería.

2.1. Inseguridad en el cuidado

La inseguridad en el cuidado podría definirse como ausencia de acciones seguras de enfermería, que acarrea problemas fisiológicos, psicológicos e interpersonales del profesional de enfermería junto al usuario, en este caso los padres del niño hospitalizado; generando en ellos pensamientos, sentimientos negativos llevándolos a percepciones desagradables.

La seguridad del cuidado que brinda la enfermera se ve reflejado en su actuar demostrando conocimiento, habilidad y humanismo al brindar un servicio en salud, lo que garantiza la confianza del usuario, en este caso el niño preescolar hospitalizado junto a sus padres.

El profesional de enfermería que es competente y seguro de las actividades que realiza y de los procedimientos que lleva a cabo, satisfaciendo las necesidades sentidas y percibidas por los padres producen un impacto positivo en el cuidado y por ende en la adaptación de los padres durante la hospitalización de su niño.

Es de vital importancia que la enfermera ejerza la seguridad de la persona con responsabilidad profesional implícita en el acto del cuidado, brindando cuidados oportunos, de calidad y libres de riesgo.⁵⁰

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del usuario como un conjunto de estructuras y/o procesos organizados que reducen la probabilidad de efectos adversos y resultantes de la exposición al sistema de atención sanitaria por enfermedades y procedimientos o bien como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo.⁵¹

Por lo tanto la seguridad de los usuarios se constituye en una prioridad de la gestión de calidad del cuidado que brinda el profesional de enfermería. De ahí la importancia de reflexión sobre la magnitud que tiene el problema de efectos adversos en la asistencia sanitaria, para así prevenir su ocurrencia y proteger a los usuarios con acciones que garanticen una práctica segura.⁵¹

Este cuidado pierde su esencia si no hay un interés real en la persona o si el contexto donde se otorgan los cuidados es adverso o altamente tecnificado, generando desconfianza en el usuario (persona, familia o comunidad) llevándolo a una inseguridad en el cuidado que recibe.

Como se evidencia en los siguientes discursos:

...“Cuando uno la llama debe de venir la enfermera, debe atendernos y ver lo que le pasa, porque tengo temor en hacer algo y poder hacerle un daño a mi

pequeña, la enfermera debe apoyarnos, por ejemplo mi niña toma el alimento por la sonda; la llame a la enfermera pero no vino porque estaba ocupada y me dijo tiene que apoyarnos usted señora en un tono no adecuado; pienso que por la edad se cansan de la labor que hacen” ... (Rosa)

... “Algunas enfermeras, no te informan del medicamento que le están colocando a mi niño, yo pregunto porque ellas lo preparan adentro y como sé qué medicamento le está poniendo, ella tiene el deber de informar y no tiene que esperar que el uno le esté preguntando” ... (Tulipán)

... “A mi bebé se le había salido la vía, le dije a la enfermera y ella estaba con su celular entretenida y llego una practicante y me lo atendió a mi niño, pienso que la enfermera debe realizar muy bien sus procedimientos porque un niño siempre está inquieto y si no se le atiende bien podría ocasionarle un daño” ... (Hortensia)

Con lo cual se puede evidenciar que los padres perciben inseguridad en el cuidado que brinda la enfermera, principalmente en la administración de medicamentos, los procedimientos que realiza y la falta de cuidado oportuno.

Para los padres el entorno hospitalario les resulta por lo general extraño, el miedo a lo desconocido origina angustia; por lo tanto los padres están ávidos de información, valorizando todos los aspectos relativos al estado de la salud del niño y el conocimiento de las implicancias que la enfermedad puede tener en su vida.

Los profesionales de la salud, al tener una perspectiva poco clara de aquello que los padres valorizan, reducen la posibilidad de dar una respuesta efectiva a sus necesidades, lo que contribuye para aumentar la ansiedad de los padres.⁵² Pues la falta de orientaciones concretas genera inseguridad en el cuidado ofrecido al niño, y la familia pasa a reflexionar sobre la eficacia de la asistencia prestada.

53

Ya que la enfermera es quien está las 24 horas al cuidado del niño junto a sus padres, por lo tanto está en la responsabilidad de su actuar, el velar por la seguridad de sus usuarios, en este caso garantizar la seguridad de su cuidado brindado al niño y a sus padres, satisfaciendo sus necesidades teniendo como praxis el cuidado integral e individual del ser humano. De no ser así la enfermera no podrá conocer e identificar los factores de riesgo y por ende no podrá establecer medidas preventivas y cuidados eficaces, llevando a la inseguridad de la persona. Además de incurrir en implicancias ético- legales.

Las causas por las que se pueden producir la inseguridad pueden estar relacionadas con errores humanos, cometidos por parte del profesional (interrupciones, la fatiga, la presión asistencial, turnos de trabajo prolongados, sobrecarga de trabajo, estrés y años de antigüedad en un mismo servicio) o de pacientes (falta de interés, error del medicamento a tomar) o con fallos en el sistema (falta de protocolos, mala organización o por agentes externos a la misma).

Finalmente se concluye que los padres perciben inseguridad en la enfermera durante su cuidado y en algunos procedimientos que realiza; esta realidad exige que las enfermeras sean sensibilizadas para que se tornen recursos de soporte para los padres, en el enfrentamiento de las dificultades, se comuniquen con el padre y generen en ellos seguridad en la labor que realizan.

2.2. Falta de experticia

La experticia hace referencia a la persona que tiene la cualidad de concentrar tanto conocimiento y pericia en un determinado campo, en la enfermería esto se gana con la experiencia y habilidad procedimental.

King I. visualiza la percepción del usuario como la representación que cada persona tiene de la realidad y para que esta sea satisfactoria, deben seguirse objetivos comunes entre la enfermera y la persona que a su vez si se da una

interacción entre ellos se logra con más facilidad la satisfacción de la persona y de la enfermera al ver cubierta las necesidades, de lo contrario se produciría estrés o insatisfacción por parte de ambos, viéndose reflejado en la percepción de la calidad del servicio recibido.¹⁶

Es por ello que es fundamental que el profesional enfermero tenga desarrolladas las habilidades procedimentales, sociales y transpersonales; con ello se logrará generar cuidados eficaces y de calidad en pro de la óptima evolución de la persona al cuidado, esto generara en los padres la percepción de que sus hijos están recibiendo un cuidado con experticia, un cuidado con calidad.

La competencia o facultad de ser competente engloba las características y las cualidades individuales indicativas de una ejecución efectiva. Estos atributos incluyen los conocimientos, las habilidades y las actitudes que permiten al profesional tomar las decisiones más adecuadas en cada caso y actuar en consecuencia.⁵⁴

Respecto a las habilidades procedimentales de la enfermera en los usuarios pediátricos, los padres son los que monitorizan y valoran cada momento de la labor de enfermería, desde el control de funciones vitales, administración de medicamentos hasta procedimientos invasivos. Este hecho es un signo natural que indica total protección hacia su hijo que aún es totalmente dependiente.

En la presente investigación los padres hacen énfasis en el procedimiento de colocación de catéter periférico, expresado en los siguientes discursos:

...“Cuando le ponen a los bebes la vía, uno como mamá se da cuenta que la vena se ve y cuando es el lugar correcto la vena se hincha pero hay algunas que hincan al niño aunque no se vea la vena y están que la buscan adentro e insisten en colocarla ahí, yo le dije a la enfermera, señorita pero allí no se nota la vena y me contesto enojada, señora usted no sabe, y le puso la aguja y cuando la colocho dijo ahí no se puede acá y van a otra zona donde sí se nota, y eso da cólera porque es un bebé y no le pueden estar hincando una y otra vez, tienen que tener cuidado porque ellos no pueden aguantar el dolor, deben estar en esta área enfermeras que están especializadas y pueden brindar un buen cuidado”... (Hortensia)

...“Al cuarto día que estuvo internada aquí, se la llevaron pero ya no me dejaron estar ahí, y me sacaron afuera del tópico, yo escuchaba que mi hija gritaba y gritaba, y yo le dije a la enfermera qué le hace a mi hija que llora demasiado y mi esposo estaba aquí y se fue a reclamar porque le siguen hincando a nuestra hija y la enfermera nos dijo que lo hacen porque sus venas son muy finitas y no la encuentran fácilmente para ponerle y que pueda pasar la medicina , pero ya no le dijimos nada, ellas deben esperar a que el niño se calme y no estar intentando más de 3 veces porque eso duele y no deben hincarle hasta que estén seguras”... (Rosa)

... “Otras enfermeras que son muy bruscas, la última vez que le pusieron la vía fue al tercer intento, y mi hijo lloro bastante”... (Amapola)

Por lo expuesto en los discursos, los padres de los niños perciben que algunas enfermeras del servicio preescolar tienen las habilidades y competencias procedimentales carentes para dar un cuidado de calidad a sus menores hijos; haciendo énfasis en la colocación de catéter venoso periférico afirmando que hasta tres veces hincan a sus hijos, generando en ellos desesperación e insatisfacción minimizando el rol de enfermería.

Estos resultados concuerdan con lo planteado por De la Cruz (2009) porque obtuvo que la calidad de cuidado que brinda la enfermera es regular siendo el área más crítica la dimensión técnica, donde existe una percepción de la habilidad y destreza del personal de enfermería como mala por los familiares de usuarios pediátricos.³

Las competencias de la práctica asistencial son elementos explicativos de las áreas de actuación enfermera en el cuidado de las personas sanas o enfermas. El acto de cuidar no es un ejercicio intuitivo, sino que incluye una determinada técnica y un sentido social y ético. Cuidar y curar son procesos complementarios e interdisciplinarios.⁵⁴

Se concluye que los padres perciben falta de experticia en la enfermera durante la canalización del catéter periférico al niño preescolar, no pudiendo colocar el

dispositivo correctamente en el primer intento; ante esta realidad la enfermera debe poseer las competencias para cuidar de un niño, teniendo en cuenta los diversos factores estresantes, ya que el niño está afectado y lo demuestra a través de sus emociones y de su conducta, para lo cual la enfermera debe realizar con habilidad, eficacia y eficiencia los diferentes procedimientos y tratamientos derivados de los diferentes problemas de salud en el niño.

2.3. Percibiendo un cuidado deshumanizado

La persona exige hoy en día el reconocimiento de su derecho como un acto de dignidad para recibir una atención en salud, de tal manera que él se sienta valorado como persona en sus dimensiones humanas.⁴⁹

La enfermera tiene la responsabilidad de brindar un cuidado humanizado, Watson J; refiere, que el objetivo del cuidado humanizado es “movilizar al usuario hacia la armonía de cuerpo, mente y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, generando conocimiento, respeto y ayuda mutua, rescatando siempre la dignidad humana en la asistencia de enfermería, dentro de un marco de amor”.⁵⁵

Este cuidado pierde su sentido si no hay un interés real en la persona o si el contexto donde se otorgan los cuidados es adverso o altamente tecnificado pues el contacto humano se ve limitado.

Por otro lado, la gran cantidad de acciones que se encomiendan a diario al profesional de enfermería, lo convierten en una especie de máquina que hace de su trabajo una rutina programada diaria, olvidando el sentido humanístico del cuidado; donde el fin del cuidado se enfoca en sacar cantidad, olvidando en muchas ocasiones la calidad con el que este se brinda.

Estos factores han contribuido a desvalorizar la esencia del cuidado que radica en las interrelaciones humanas y lo ha convertido en un espacio donde se da una atención forzada y despersonalizada. A consecuencia de ello, los padres manifiestan ausencia de apoyo emocional por parte de algunas enfermeras, no pudiendo expresar sus emociones, sintiendo ausencia de la relación de ayuda y refiriendo inadecuado trato durante el cuidado; llevándolos a una percepción de un cuidado deshumanizado recibido por parte de algunos profesionales de enfermería.

2.3.1. Ausencia de apoyo emocional

En la actualidad los cuidados de enfermería hacen hincapié en el cuidado de la dimensión emocional a la persona cuidada, destacando su importancia en el cuidado integral y holístico.

H. Peplau en su teoría refiere que la enfermera es un ser capaz de entender su propia conducta para ayudar a los demás a identificar los problemas que sienten y aplicar los principios de las relaciones humanas a las dificultades que surgen en todos los grados de la experiencia, a esto le denomino psicodinámica.⁵⁶

Actualmente el mantenimiento del bienestar emocional, es considerado como un componente importante dentro del equilibrio del ser humano para su efectiva recuperación, pero con frecuencia este aspecto es desatendido en el cuidado holístico que se le ofrece al niño y sus padres.

Sin embargo, lo percibido por los padres de los niños hospitalizados nos muestra una realidad que es lamentable, pues todo lo expresado anteriormente sobre la importancia del apoyo de emocional en el cuidado enfermero, no es aplicado por algunas enfermeras que laboran en el servicio de preescolar, como se evidencian en los siguientes discursos:

... “No siento apoyo por parte de las enfermeras. Ninguna se ha acercado a decirme nada en cuanto a la situación de mi hija y cuando yo me enteré del diagnóstico de mi hija me puse a llorar y la enfermera me dijo: ¡Porque llora, porque llora señora!, y mi esposo le dijo como no ha sido mamá seguro no ha pasado por una situación así, lo ve fácil; la enfermera escuchó y se fue.” ... (Girasol)

... “Las enfermeras te dicen señor relájese ya va a pasar, su hijo va estar bien pero no es fácil porque en el momento uno necesita apoyo, no que te digan que no se preocupe, porque si me preocupo, esas tal vez no son palabras que a un padre lo tranquiliza”... (Clavel)

... “Pues como es la primera vez que hospitalizo a mi hijo, he estado muy nerviosa y muy preocupada y por esa parte no he sentido el apoyo de la enfermera, al contrario siento que no me han comprendido porque me dicen señora si no hace caso, es problema suyo, y esa no es la manera de decir las cosas” ... (Amapola)

... “Mi hija es la segunda vez que la hospitalizo y yo me siento muy nerviosa, preocupada por lo que tiene, la enfermera es buena en su atención pero no siento apoyo de su parte porque me gustaría que ella me de fuerzas”... (Margarita)

Estos discursos evidencian que la enfermera no facilita la exploración de las emociones para ayudar al padre a sobrellevar la enfermedad de su niño, lo que conlleva a que el padre no reoriente sentimientos y ni refuercen mecanismos positivos de su personalidad, lo cual no genera bienestar y confort, agravando la experiencia de hospitalización que atraviesa.

Actualmente, la enfermera asistencial desempeña una labor mecanizada impuesta por una tendencia biomédica, las cuales están centradas en satisfacer la dimensión física, dejando de lado la dimensión emocional; la cual es tan vital durante los cuidados y se sustenta en que Watson J. enfatiza que "el cuidado percibe los sentimientos del otro y reconoce su condición de persona única". El cuidado alcanza una apertura del yo al otro, una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos".⁵⁷

Para las investigadoras la enfermera debe promover que el usuario manifieste sus emociones y sentimientos, ya sean negativos o positivos de la estancia hospitalaria de su niño, y es de importancia que esta deba estar preparada para poder escucharlos y también debe reconocer que cada quien tiene una comprensión intelectual y emocional distinta.

Estos resultados concuerdan con lo planteado por González G, Oviedo H, Bedoya L, Benavides G, Dalmero N, Vergara C. (2013) porque obtuvo que el cuidado es percibido por los familiares como medianamente favorable en la categoría de apoyo emocional e identificación del sentimiento de persona al cuidado.²

Por ello la enfermera debe desarrollar una relación de confianza, y fomentar y aceptar lo que exprese el usuario y ello va unido a la empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.⁵⁸

2.3.2. Déficit de la relación de ayuda

El ser humano cuando sufre pérdida de bienestar o deterioro de su salud requiere de ayuda y cuidados profesionales para lograr la adaptación, así como la orientación acerca cómo abordar los procesos de salud y vivir momentos de incertidumbre por el desconocimiento de la enfermedad y de los procedimientos de atención hospitalaria, es aquí donde la acción del profesional de enfermería es vital, donde deben comprender que la persona necesita participar de sus cuidados conjuntamente con la familia.

Enfermería es una profesión basada en la relación entre la enfermera y aquella persona que requiere de sus cuidados. Sin embargo, esta relación enfermera-persona es decisiva en lo que concierne en la calidad y satisfacción de los cuidados otorgados, y a su vez, en el bienestar de la persona, siendo la relación de ayuda una relación que va más allá de lo biológico a través de la empatía y el diálogo.⁵⁹

El déficit de la relación de ayuda es la falta de acompañamiento, educación que lleve, a los padres, a un proceso de exploración de su situación, de comprensión

de la misma, de apropiación responsable de reacción-respuesta activa estimulado por el profesional de enfermería.⁵⁹

Lo cual se evidencia en el cuidado que realiza la enfermera a los padres, ellos perciben falta de la relación de ayuda y esto se manifiesta a través de los siguientes discursos:

... *“Algunas enfermeras simplemente ven el medicamento que le toca y se preocupan por la parte física, siento que la enfermera no se pone en mi lugar y menos en el de mi hijo”... (Hortensia)*

... *“Hay una que otra enfermera que es amargada, te hablan como si no tuvieran paciencia”... (Rosa)*

... *“A mí me molesto la enfermera, porque como le va a decir a mi niño recién operado, levántate o sino haz tus cosas solo, ya eres grande y eso no es así, me lo levantó a mi hijo bruscamente, me dijo señora vaya a bañarlo y cambiarlo y mi hijo no tenía ni 4 horas de operado y yo le dije, usted no ha sentido ese dolor que siente mi hijo, él poco a poco irá tomando fuerza para movilizarse, no le tiene porque hablar de esa manera” ... (Amapola)*

... *“Yo soy de Talara y mi hija mayor había venido a verme, y le pedí de favor a la enfermera que estaba de turno, que, si mi hija podría pasar la noche*

conmigo, solo por ese día y ella dijo: ¡Se me van, se me van todos, solo uno se queda!, me sentí muy mal porque no se puso en mi lugar la enfermera”...
(Tulipán)

Con lo cual se evidencia que se está brindando un cuidado descuidado, con déficit de la relación de ayuda, que se convierte en un cuidado deshumanizado. Donde algunos de los profesionales de enfermería son insensibles e indiferentes, han olvidado la importancia del contacto directo con el niño y sus padres, la importancia de darse un momento para quedarse al lado del padre y hablar de sus miedos, sus dudas, sus inquietudes, o simplemente el hecho de saludarles con una sonrisa al llegar al lugar en donde ellos se encuentran. Poniendo en evidencia una deficiente interacción entre el enfermera - niño y padres, lo que se manifiesta en un cuidado poco gratificante.

Según Peplau, cuidado implica la relación entre una persona con necesidad de ayuda y una enfermera capacitada adecuadamente; relación que es recíproca; por lo que las acciones de enfermería no son solo en, para y hacia la persona, sino con él, e implica respeto, desarrollo y aprendizaje para ambos.⁴ Pues el cuidado de enfermería trasciende, al establecer un proceso interpersonal, dinámico y continuo con los padres, y al integrar aspectos psicológicos, y socioculturales en la práctica cuidadora.

En enfermería, la relación de ayuda no se planifica, es propia de todo su ser, de sus cuidados. La hallamos en las actitudes, habilidades y relaciones que

desarrolla en su profesión por el carácter interaccionista de los cuidados que otorga. Para Rogers M., la relación de ayuda requiere unas actitudes para que se establezca: empatía, autenticidad y la aceptación incondicional.⁵⁹

La empatía, actitud que propone Rogers, consiste en introducirnos en el mundo del hombre. “Es la capacidad de percibir correctamente lo que experimenta la otra persona y comunicar esta percepción con un lenguaje acomodado a los sentimientos del ayudado”. No consiste solo en entender al enfermo, sino en introducirnos en su percepción del mundo para captar su vivencia.⁵⁹ Para llegar a dicha empatía es necesario comenzar por identificarnos con la persona, con sus sentimientos y emociones, a través de la comunicación durante la interacción con la persona para percibir sus necesidades sentidas y no sentidas y brindar un cuidado holístico.

Benner y Wrubel plantean que el cuidado es cuidar o tomar contacto, es el elemento esencial en la relación enfermera-persona, estableciendo una relación de ayuda, comprometerse emocionalmente con el *otro*, ya que es la única manera de que la relación sea significativa, de que vea a ese ser humano que necesita de la ayuda profesional y que él vea a una enfermera cálida, empática, que no lo juzga sino que le brinda la ayuda profesional que necesita y que, al término de esta relación, ambos participantes, enfermera-persona, saldrán fortalecidos y capaces de seguir estableciendo relaciones significativas.⁵⁷

Es por ello que Watson otorga gran importancia a la formación en ciencias humanas, aspecto muy olvidado en la formación profesional, que brinde las herramientas necesarias para comprender las dinámicas sociales, culturales y psicológicas de los individuos. Por tanto, integra el cuidado amoroso con la ecuanimidad, esto requiere de un desarrollo evolutivo moral, no sólo de un desarrollo del conocimiento.⁴

Pues los cuidados otorgados deben asegurar a la persona que se está haciendo todo lo posible para preservar su vida, deben proporcionar confianza y al mismo tiempo compañía, el proveer cuidados despersonalizados repercutirá finalmente en un restablecimiento prolongado o fallido. Pues la deshumanización en el cuidado perjudica el desarrollo adecuado y la evolución más acertada hacia el bienestar del niño y sus padres.⁵¹

Para esto la enfermera debe estar en la capacidad de ser auténtica, de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo.⁴⁵ Sin estas actitudes que se manifiestan en el hacer enfermero, la enfermería sería prescindible pudiendo ser sustituida por la tecnología. Sin embargo, estas actitudes son lo que hacen que los cuidados sean holísticos y de calidad.⁵⁹

Pues el humanismo va a favorecer la confianza, seguridad y comunicación efectiva con el niño y los padres, porque el cuidado se basa en la reciprocidad y tiene calidad única y auténtica; que conforme se vaya cubriendo sus

necesidades del niño junto a sus padres, que se van modificando durante el proceso de hospitalización, los padres van percibiendo la manera en que la enfermera brinda el cuidado, que si son negativos aumentan la vulnerabilidad del padre, generando comentarios desfavorables.

Por otra parte, estos resultados difieren de lo presentado por Carrasco V, Panta S, Pérez J, en el 2014, porque en dicha investigación se obtuvo que la mayoría de los padres perciben un cuidado deficiente por las enfermeras, debido a su labor mecanizada y a diversos factores estresantes, provocando en los familiares insatisfacción minimizando el rol profesional de la enfermera.⁷

Por lo mencionado anteriormente, las investigadoras concluyen que algunos padres perciben una falta de relación de ayuda durante el cuidado enfermero, donde expresan la insensibilidad de algunas enfermeras, donde demandan empatía, humanismo por parte de la enfermera originando un cuidado deshumanizado, debido a que ellas orientan sus acciones a la dimensión física; generando en ellos una mala experiencia.

2.3.3. Inadecuado trato en el cuidado

Un cuidado holístico, debe ser ejercido con respeto y dignidad mediante la responsabilidad, justicia, compasión; de acuerdo como se brinden estos cuidados va a intervenir directamente en la predisposición del padre al proceso de hospitalización de su niño, por lo que las emociones, sentimientos y

vivencias influyen en la percepción del padre para afrontar el proceso de recuperación de salud.

La prestación de un cuidado integral, implica satisfacer necesidades en todas las dimensiones de la persona y ello involucra que la enfermera brinde un cuidado asumiendo un compromiso humanista y un interés por sus semejantes, respetando la dignidad de la persona, por ello es imprescindible que la enfermera desarrolle un buen trato, esto se refiere a la acción o el proceder de una persona (ya sea de obra o de palabra), entendiéndose como la forma de comunicarse o de establecer un vínculo con otra persona, vinculada además al tipo de trato que se considera ético o correcto desde el punto de vista moral, social y/o cultural.⁶⁰

A nivel laboral de la licenciada en enfermería, el buen trato aparece vinculado al respeto y la solidaridad, es importante señalar que el buen trato no sólo se expresa a través de palabras, sino que también puede manifestarse con el contacto físico como un apretón de manos o en actitudes como prestar atención cuando habla otra persona.⁶⁰

Un buen trato, conllevara a un buen cuidado y esto hace referencia al trato humano, y debe darse desde que la persona ingresa a un hospital ya que se ve interrumpida sus actividades diarias y se enfrenta a cambios, es ahí donde la enfermera debe intervenir, tratando a cada persona como un ser único; pero esto

lamentablemente no es así, pues existe una constante despersonalización en el cuidado y se da porque la enfermera olvida que trata con personas, que no solo son una enfermedad o un número si no un ser humano el cual siente y merece un trato digno y humano.⁶¹

En la presente investigación se evidencian los discursos siguientes:

“Veo que algunas que no van a contestar bien porque se le nota en la cara que son serias, tienen su carácter, porque uno le pregunta una o dos veces, pero si les sigues preguntando se molesta, y también porque dicen aquí la enfermera soy yo, y acá vemos nosotros que hacemos” ... (Orquídea)

“Algunas enfermeras son un poco déspotas, te contestan mal, te llaman la atención en voz alta, por ejemplo: Señor allí no se bota eso, allí no se deja eso y cuando uno no está acostumbrada al hospital uno no sabe cómo actuar, no es como estar en tu casa, y si algo está mal pues debe decirlo tranquilamente y en voz baja y eso incomoda al menos a una persona que no está acostumbrada a las llamadas de atención a cada momento o si no te dicen señor mejor vaya para afuera” ... (Clavel)

“En cuanto al trato recién me acerque a la enfermera y le dije enfermera, disculpe el catéter que le colocan a mi bebé todos los días me piden, y no me dejo terminar y me contesta enojada, pero si tu no le compras todos los días, mejor me fui, pero esa no es la manera de contestar” ... (Hortensia)

“Ella viene a colocar los medicamentos a mi niña, le dice ya mi gordita ya te vas a recuperar, casi no la llaman por su nombre a mi niña ”... (Tulipán)

“La enfermera pierde la paciencia y te contesta de una manera grotesca, ella no sabe si yo le compro su medicina o no a mi hijo, porque ella no está todos los días”... (Hortensia)

“Hay enfermeras que te gritan y no debe ser así ellas deben hacer que el paciente se vaya contento del cuidado que han recibido”... (Tulipán)

En los discursos expuestos se evidencia, que existe una ausencia de parte de las enfermeras en el servicio con respecto al fomento de aceptación y expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos del padre durante la estancia hospitalaria de su niño, los discursos expresan por lo contrario sentimientos de temor al preguntar o de cómo actuar en el servicio (ya sea en responsabilidades del padre o procedimientos que se le hará a su niño), evidencia además que las enfermeras no desarrollan interrelaciones eficaces en su cuidado enfermero, por lo que no promueve el bienestar niño y sus padres, tampoco a que se adopten conductas en pro de la salud, ya que se expresa que el trato que reciben es grotesco y en ocasiones con gritos.

Según la Teoría del Cuidado Humanizado de Watson J, sustenta el cuidado transpersonal, el cual es una forma singular que aborda el enfermero es “una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana”, lo que permitirá trascender el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica.⁶²

Siguiendo la teoría de Jean Watson, en los factores curativos de la ciencia del cuidado, relacionado al factor desarrollo de una relación de ayuda-confianza⁶³, en la presente investigación se evidencia que los pacientes no tienen una relación de ayuda confianza entre la enfermera y la persona.

Otro factor mencionado por Watson, es el de formación de un sistema humanístico – altruista de valores, este factor que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes.⁶³

Por último, el factor promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal, este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente.⁶³ Lo encontrado por las investigadoras manifiesta lo siguiente:

“Recién la enfermera me dijo que es lo que tenía que hacer para que le hagan una ecografía a mi hija y como no le entendí me acerque a preguntarle y me dijo señora que no entiende usted que tiene que hacer esto y le digo, es que me he olvidado enfermera, me puede explicar de nuevo, y media molesta me explico, ya han perdido la paciencia”... (Rosa)

“Después de que mi hijo fue operado, vine aquí la señorita ni siquiera me saludo, y me dijo: lo bajo de la cama y usted sale, a lo que les respondo con respeto: enfermera mi hijo recién esta operado, usted no me va a decir que hacer y qué no hacer; estos tres días que yo pase, el pase mal, pero me las he guardado porque está mi hijo mal”... (Amapola)

“Porque le he preguntado a una enfermera por cómo debo para llevar la muestra de heces porque no entendí lo que me dijo y ella me respondió un poco alterada, pero ya le dicho dos veces que tienen que tener dos muestras, ya traiga para acá”... (Tulipán)

Es cuidado de enfermería facilitar este proceso de enseñanza – aprendizaje, que son diseñadas para permitir que los padres puedan realizar actividades en favor de la evolución de su niño, pero como se evidencia en los discursos las enfermeras cortan todo nexo de aprendizaje al tener esas respuestas con esa frialdad, falta de sensibilidad, pues olvidan que toda esa experiencia es nueva para ellos, y que los procesos como el de sacar una ecografía, muestra de heces, que pueden ser visto como parte de la labor diaria por la enfermera, para los

padres es un mundo nuevo añadiendo además que la vida de su niño depende de ello.

Por otro lado, se observa que hay padres expresan que la enfermera es buena con respecto al trato, se evidencia en los siguientes discursos:

“También hay una enfermera muy buena, mi hijo me dice que ella sea quien le ponga las ampollas” ... (Margarita)

“El cuidado que recibe mi niña es bueno la mayoría de enfermeras se preocupa por ella, son amables, le hablan con cariño” ... (Orquídea)

Lo expuesto expresa que los padres reconocen que el trato de algunas enfermeras es bueno, porque sienten que se preocupan por sus niños y que son amables con ellos; el buen trato no solo radica en el hecho de cuidar bien e informar lo concerniente a la salud del niño y su evolución; el buen trato está en el contexto de un trato humanizado que demuestre a los padres la empatía y cercanía de las enfermeras acerca de la situación de su niño, libre de gestos adustos, molestos o de estrés que pueden manifestar las enfermeras durante su jornada, ya que eso influye directamente en la experiencia que el padre está viviendo y con ello su percepción.

Las investigadoras concluyen que algunas enfermeras que laboran en el servicio de pediatría necesitan reforzar sus habilidades y destrezas en el cuidado humano través del trato, ya que la ausencia de este genera en el padre sentimientos de

desvaloración, impotencia, cólera y tristeza, llevándola a una percepción negativa de su estancia hospitalaria.

2.4. Inadecuada comunicación enfermera-padre

La comunicación es un proceso complejo, continuo y dinámico de transferencia de información de un individuo, esta es de suma importancia para toda relación social, y cuando se habla del ámbito hospitalario aún más pues es imprescindible que el profesional de enfermería tenga cimentadas las bases de cómo llevar una comunicación efectiva con la persona; cuando ello se da el profesional de enfermería es un receptor de dudas y preguntas sobre la información relacionada al niño sobre su proceso y/o evolución.

El desarrollar una comunicación efectiva enfermera-persona, desde que ingresa al hospital, nos permite una valoración más exhaustiva del estado de salud del usuario, identificando a primera vista las necesidades que se encuentran alteradas en ese momento, por lo que el proceso de comunicar es la base y eje de los cuidados de enfermería.⁶⁴

Las investigadoras resaltan lo dicho por la organización mundial de la salud en año 2004, donde identifica a la comunicación como área de riesgo dentro del hospital, es por ello que determina como segunda meta internacional, el mejorar

la comunicación efectiva.⁶⁴ En la presente investigación resaltan los siguientes discursos para esta categoría:

... “Hay algunas enfermeras que se molestan y dicen no, es el antibiótico que le han recetado, y yo creo que eso no es la forma de contestar porque para eso han estudiado y si han elegido su carrera es por vocación”... (Hortensia)

... “Yo he estado mal porque un día me decían una cosa y al siguiente otra, me animaban, me desanimaban, yo me desesperaba, lloraba y algunas enfermeras te dan aliento y consuelo, pero otras que no se acercan y otras que te critican porque dicen seguro no la has cuidado, cómo de un día al otro se va a enfermar, y siento que no me comprenden”... (Orquídea)

... “Las enfermeras no se comunican con los padres mucho, no sé sus nombres porque se les olvida presentarse”... (Clavel)

... “Ella es buena en sus procedimientos, pero no te dicen nada, solo dicen lo que le van a colocar en su tratamiento y nada más y se retiran a sentarse, a hacer sus cosas, pero no hablan con el papá ni la mamá” ... (Margarita)

... “Le han pedido unos análisis a mi hija, pero no entiendo y no sé a quién preguntarle, me mandaron con la enfermera y como estaba hablando por

celular ya no le dije nada y me termino explicando una señorita de blanco, luego pregunte a la enfermera los resultados del examen y me dijo solo espere” ... (Tulipán)

“Pero hay otras que no, solo se enfocan en el tratamiento del niño y te dicen de algunos exámenes que le piden, después nada más, no hablan conmigo, solo saludan y siguen con sus quehaceres” ... (Jazmín)

Sin este proceso no se podrían planificar los cuidados, ya que cada persona es única, con preferencias, gustos y percepciones diferentes; en el caso de la presente investigación los padres de los niños son los comunicadores directos sobre su niño, son los cuidadores que están a tiempo completo con ellos; es por ello la importancia de llevar una comunicación permeable con ellos.

Para que se dé una comunicación efectiva, es importante reconocer que comunicación, no solo se debe transmitir efectivamente de manera verbal, sino también información no verbal; que es transmitir mensajes sin usar palabras, a través del tacto, mirada y expresiones faciales. En el siguiente discurso se manifiesta lo siguiente:

... “Cuando tengo una duda pregunto dependiendo de la enfermera que está de turno porque algunas tienen su carácter y con ver su cara uno nomas se da

cuenta, por ejemplo, cuando está aquí mi esposo dicen ya señor salga afuera, gritando”... (Girasol)

Davis F. refiere: “cuando hablamos, las palabras no son todo, son solo el comienzo, porque detrás de ellas está el cimiento sobre el cual se construyen las relaciones humanas, esto es lo que se conoce por comunicación no verbal”.⁶⁵

Como se observa anteriormente, la individualización del diálogo no se refiere únicamente a la comunicación verbal, sino que contempla también los aspectos no verbales como: los gestos, la escucha activa, la actitud empática, la aceptación, no haciendo juicios de valor y el asertividad.

Sin embargo la comunicación que tiene la enfermera con el padre es negativa, inefectiva, no hay una conexión entre la persona cuidada y el cuidador, resultando que los padres perciben una inadecuada comunicación por parte de algunas enfermeras que laboran en el servicio de pediatría, ya que existe una barrera enfermera - padre, impidiendo una adecuada comunicación y por ende una óptima calidad de interrelación.

Por ello se recomienda que la enfermera integre a su práctica cuidadora la interrelación con el niño junto a sus padres y de esta manera la comunicación sea efectiva, siendo necesario que la enfermera tenga la habilidad para

comprender al ser humano como ser activo y al cuidado, lo que trae como resultado una expresión de satisfacción por parte del padre al sentirse escuchado y comprendido, además de la satisfacción personal de la enfermera; que darían como resultado una percepción positiva del cuidado de enfermería.

2.5. Ausencia de educación para el cuidado en el hogar

Durante el proceso de hospitalización es de vital importancia para la enfermera conocer las condiciones en que la persona al cuidado se va de alta, en este caso el niño junto a sus padres, para brindarles la educación para el cuidado en su hogar, que forma parte de un plan de cuidados y de la continuidad del mismo.

Lograr el aprendizaje del cuidado de la salud centrado en el sujeto de la atención permite lograr la autocuración planteada por Watson, por lo que es muy importante que los padres junto a su menor hijo logren el autocuidado.⁶⁶

Esta educación debe estar basada en la investigación que realiza la enfermera a través de la recolección de datos durante la hospitalización, que incluyen las limitaciones de la persona, de la familia o de la persona de apoyo y del ambiente; también la enfermera debe evaluar las necesidades financieras, seguridad y aspectos psicosociales que pueden perjudicar la habilidad de la persona y la familia para seguir las indicaciones, ya que todos estos datos componen la implementación y la coordinación del plan de cuidados.⁶⁶

Sin embargo la realidad nos muestra un rol de enfermería el cual el área específica de la educación para la salud se centra muchas veces en repetir información, sin tener en cuenta el cuidado individualizado que se le da a la persona; que incluye los factores provenientes del sujeto y la familia, ya sean psicológicos, culturales, entre otros.

Esta actitud puede obstaculizar el aprendizaje del individuo, ya que la educación o capacitación educativa requiere sistematización, orden y secuencia, mientras que la información sólo comunica, dando como resultado información rudimentaria y fraccionada, poco satisfactoria para la persona al cuidado y su grupo familiar.⁶⁷

Manifestándose en el siguiente discurso:

“Hoy nos vamos de alta y la enfermera no me explicado cómo debo de cuidarlo en mi casa, no me dice nada y la que está vestida de blanco que es quién lo evalúa, es la que me ha aclarado mis dudas”... (Amapola)

Con lo cual se puede evidenciar que la enfermera no cumple con la función de educadora, puede deberse a distintos factores, como la falta de la relación de confianza con el niño y sus padres, por la sobrecarga asistencial y administrativa, por la cantidad numerosa de niños a su cuidado, entre otros. Observándose la ausencia de un plan de cuidados para el hogar al momento de egreso del niño, lo que conlleva a la pérdida de habilidades para su autocuidado

del niño junto a sus padres, el reingreso del niño, aumento de los costos de hospitalización por el sistema de salud y también de la tasa de morbo-mortalidad.

Siendo la enfermera la responsable de la educación en salud mediante acciones preventivas y/o terapéuticas que ayuden en el autocuidado de la persona, en este caso el cuidado al niño junto a sus padres, ya que el preescolar es dependiente de sus progenitores; para mejorar el déficit de conocimiento relacionado a la enfermedad, aceptación de la enfermedad, adhesión a la terapéutica medicamentosa y a identificar precozmente las señales y síntomas de complicaciones de la misma.

Pues el plan de alta le permite al familiar o al cuidador conocer las recomendaciones individualizadas respecto al estado de salud de la persona al egreso, por lo que la comunicación enfermera-persona y/o familia debe ser efectiva para lograr la aplicación correcta del plan de alta. Éste se debe planear desde el primer contacto con la persona y debe concluir cuando éste sea dado de alta.

Ese proceso es esencial para el intercambio de informaciones entre el niño, los padres y la enfermera. La planificación del alta de forma inadecuada y el no seguimiento de las orientaciones dadas son apuntados como factores de re

hospitalización de la persona al cuidado, lo que demuestra la importancia del plan de alta para la mejoría en la calidad de vida del niño y sus padres.⁶⁶

2.6. Ausencia del cuidado transcultural

Descubrir la presencia legendaria de la cultura en los cuidados descubre una manera original de edificar continuamente la ciencia del cuidar, para entender un poco más el cuidado cultural ⁶⁸, es importante definir lo que significa cultura, esta abarca mucho más que raza, es una totalidad dinámica y en cambio constante de las percepciones y experiencias fisiológicas y psicológicas de toda persona. ⁶⁸

Cultura es todo complejo que incluye el conocimiento, el arte, las creencias, la ley, la moral, las costumbres y todos los hábitos y habilidades adquiridos por el hombre no sólo en la familia, sino también al ser parte de una sociedad como miembro que es. ⁶⁹

Se define en las ciencias sociales como un conjunto de ideas, comportamientos, símbolos y prácticas sociales, aprendidos de generación en generación a través de la vida en sociedad. Sería el patrimonio social de la humanidad o, específicamente, una variante particular del patrimonio social.⁶⁹

Desde el punto de vista de enfermería, Leininger propone, que la cultura es un conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos,

compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados.

70

Plantea, además que la cultura es como una forma de vida dentro de un proceso individual y colectivo que contempla las acciones relacionadas con la salud, la enfermedad y los cuidados específicos de cada grupo humano y sostiene que existen prácticas de cuidado culturales entre los distintos grupos que pueden ser universales o distintas según el grupo social y que a su vez pueden diferir del cuidado enfermero.⁷⁰

Ya que a partir del conocimiento de la cultura se puede llegar a entender cómo la persona percibe, vive e interpreta su situación de salud o de enfermedad y que valor le otorga⁷⁰, esto resulta de gran utilidad para poder comprender el porqué de las actitudes y comportamientos del usuario; esto también es aplicable al entorno del mismo.

El cuidado cultural, es el concepto que orienta a la enfermera a realizar actividades basadas en el conocimiento científico y el conocimiento genérico de cada una de las culturas para apoyar las actividades de educación para la salud, de acuerdo al modelo transcultural, este modelo se basa en las experiencias, vivencias, valores de la cultura e influyen en la planificación e implementación de los cuidados de enfermería.⁷¹

El profesional de enfermería es considerado como un individuo único desde el punto de vista cultural, fundamentando su actuación en la cultura de atención sanitaria, de la misma forma, las personas a las que atiende, tienen sus propias actitudes y preferencias culturales que pueden entrar en conflicto con las enfermeras o con las de su cultura asistencial.⁶⁷

Más aún la enfermera que labora en el área pediátrica, debe ser consciente de las diferencias culturales para poder ofrecer cuidados competentes y compasivos al niño y a sus padres.

En la presente investigación los padres de los niños hospitalizados en el servicio de pediatría, se muestran confusos, no se sienten respetados y expresan sentimientos de inferioridad; evidenciándolos en los siguientes discursos:

... “En cuanto a las creencias algunas no la respetan porque yo siempre, antes de que las enfermeras empiecen a tocar a mi niño, le hago la limpia con huevo y después que venga todo lo diga el médico, y ellas me dicen, que no debe hacer eso, no se cree en eso, ya es su problema porque es de usted su hijo”... (Margarita)

“Algunas enfermas te llaman la atención en voz alta, por ejemplo señor allí no se bota eso, allí no se deja eso y cuando uno no está acostumbrada al hospital, uno sabe cómo actuar, no es como estar en tu casa y si algo está mal pues debe de decirlo tranquilamente y en voz baja” ... (Clavel)

“Las enfermeras como nos ven humildes, que venimos de Cañarís nos tratan como quieren, yo soy callada pero mi familia siempre es la que está pendiente”... (Rosa)

“Todos merecemos respeto; tenemos una forma distinta de ver las cosas, diferentes costumbres, creencias e ignoramos algunas cosas, y no me he sentido respetada”... (Amapola)

Como se evidencia, los padres perciben que algunas enfermeras no respetan sus creencias, esta reacción es totalmente natural debido a que cada persona es única, tiene sus propias normas, valores, creencias, prácticas, cada individuo interioriza y aplica su cuidado según sus costumbres, sus creencias, y desde el inicio del mundo estas técnicas de alguna manera les ha servido para sobrevivir y mantenerse en el tiempo.

Cuando un niño es hospitalizado se enfrenta a un mundo desconocido para él y para sus padres, experimentan una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad, que implican un padecimiento, un sufrimiento, un dolor y un proceso social, ya que la enfermedad supone en mayor o menor grado una incapacidad o un impedimento para realizar determinadas acciones que hasta ese momento eran factibles.

Es así que el niño tiene un entorno social que es inculcado por sus padres y que a lo largo de su vida han adquirido creencias y costumbres que condicionan su manera de expresar su estado de salud, su situación, y sus emociones.

De ahí radica la importancia de conocer las prácticas culturales, ya que permiten la valoración de la persona y su familia, y ser tratada como un individuo culturalmente único.

Lo cual con cuidados culturalmente competentes incluyen una valoración culturalmente precisa del usuario y de su familia, en función del deseo de la enfermera de conocer las tradiciones culturales del usuario, sus percepciones, sus prácticas, sus creencias y sus valores.

De acuerdo a ello la enfermera debe planificar sus cuidados y sus intervenciones teniendo en cuenta estas creencias, perspectivas y rasgos culturalmente únicos, aunque este tipo de información no debe condicionar los cuidados enfermeros, logrando mejorar la salud del usuario, la calidad asistencial y el grado de satisfacción de la persona con los cuidados recibidos.

De no ser así, los cuidados enfermeros se tornan inseguros o peligrosos, y se evidencia en los padres del niño hospitalizado, ya que se muestran avergonzados, ofendidos, estereotipados y expresan sentimientos de inferioridad e indignación.

Por otro lado, encontramos otro discurso, el cual manifiesta:

*“Hasta ahora no me han faltado el respeto ni se han burlado por mi dejo, siento que han respetado mis creencias, mi cultura”
... (Hortensia)*

Este discurso evidencia que hay enfermeras que si desarrollan un cuidado cultural según la percepción del padre del niño hospitalizado, cuando los cuidados son competentes desaparecen los malos entendidos y la asistencia de baja calidad o inapropiada.

Se concluye que algunos padres han percibido un cuidado enfermero como malo porque no se han sentido respetados, por su forma de ser, decir y hacer, que está influenciado por su cultura, siendo así que se debe conocer también las circunstancias, valores, actitudes y creencias de los padres para poder brindar un cuidado transcultural.

CAPITULO V:

CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

CONSIDERACIONES FINALES

El estudio de caso después de ser analizado develó:

1. La percepción de los padres ha evidenciado un cuidado enfermero de calidad manifestando que han observado continuidad, eficiencia en el cuidado demostrando con sus actitudes empatía, escucha activa, ayudando a disminuir la carga emocional que ellos están viviendo por la hospitalización de su niño
2. Los padres han evidenciado una percepción del cuidado enfermero como inadecuado, porque en algunos casos perciben inseguridad en la enfermera por no contar con una buena praxis asimismo algunos perciben la falta de comunicación de parte de los padres, ya que no tienen la confianza para expresarse, en otros casos perciben un cuidado deshumanizado, al manifestar la ausencia del apoyo emocional, la falta de ayuda e inadecuado trato durante la interrelación enfermera - padre, en otros casos perciben una falta de educación para el cuidado de su niño en casa, no pudiendo aclarar sus dudas, finalmente perciben que no son respetadas sus creencias y costumbres, evidenciando una falta de cuidado transcultural recibido por parte de algunos profesionales de enfermería.

RECOMENDACIONES

1. Al Jefe de Recursos Humanos del H.R.D.L.M., para que establezca estrategias para la participación de todas las enfermeras pediátricas, otorgando incentivos, de caso contrario conllevara a un demerito o sanción que la dirección crea conveniente.
2. A la Jefatura de Enfermería del servicio de pediatría para que asuma estrategias para capacitar al personal de enfermería en el cuidado humano, relación de ayuda y así también brindar apoyo a las enfermeras que desean capacitarse y cursar la especialidad, en beneficio de la persona que cuida.
3. A las enfermeras para que asuman responsablemente el cuidado transpersonal y puedan brindar un cuidado individualizado, humano, transcultural y en participación con los padres del niño hospitalizado.
4. A las docentes de la Facultad de Enfermería de la U.N.P.R.G., que durante la formación académica fortalezcan en las estudiantes un cuidado humanizado, un cuidado transcultural, que sea desarrollado y aplicado en la práctica pre profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2016; [Acceso 02 de Marzo del 2017].
Disponible en:
https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf
2. González G, Oviedo H, Bedoya L, Benavides G, Dalmero N, Vergara C. Cuidado humanizado de enfermería percibido por familiares de pacientes pediátricos, usuarios del Hospital Universitario Fernando Troconis de Santa Marta; [Acceso el 24 de setiembre del 2015], disponible en:
revistas.ucc.edu.co/index.php/me/article/viewFile/496/490
3. De la Cruz E. Percepción del familiar sobre la calidad de la atención que brinda la enfermera al paciente pediátrico internado en el hospital Arzobispo Loayza, Lima – 2009. Lima. Perú. [Tesis para optar por el título de Especialista En Enfermería Pediátrica]. UNMSM. [en línea] [Acceso el 19 de setiembre del 2015]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/100609610/Trabajo-de-Tesis-Imprimir>

4. León, Laydi. “Percepción de los estudiantes de enfermería, sobre el cuidado humanizado de la enfermera al paciente hospitalizado. UNMSM 2013 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos Facultad De Medicina E.A.P. De Enfermería. [actualizada 2014; consultado 30 septiembre 2015]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3671/1/Leon_cl.pdf
5. Ramos F. Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. Online. [Revista en internet]. México. Universidad de Guanajuato. [Actualizada 2012; consultado 17 octubre 2015]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/140461/128451>
6. Ramirez J, Ydrogo Y. Ética del cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del familiar cuidador del paciente en estado crítico HRDLM – Chiclayo 2012. Perú. [Tesis para optar por el título de Especialista En Enfermería Pediátrica]. UCSTM. [en línea]. [Consultado 17 de octubre 2015]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/164/1/TL_RamirezReynosoJudith_YdrogoDelgadoYaneth.pdf

7. Carrasco V, Panta S, Pérez J. Percepción de familiares sobre el cuidado enfermero a sus niños hospitalizados en el en servicio de lactantes [Tesis]. Chiclayo; 2011.
8. Leonardo G. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. Revista de Estudios Sociales. [Revista en línea] Ago 2004 [acceso 08 noviembre 2015]; (18):89-96. Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/-data-Revista_No_18-10_Dossier8%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/-data-Revista_No_18-10_Dossier8%20(4).pdf)
9. Vargas L. Sobre el concepto de percepción [en web], México, [acceso el 16 de octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>
10. Pérez M. Mecanismo de la conducta. Percepción, pensamiento, acción. Madrid: Ediciones Iberoamericanas Quorum; 1986.
11. Calvo D. La Percepción; [Acceso el 16 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.gcd.udc.es/subido/domingo/docencia/comportamiento_consumidor/temas/tema_3_percepcion.pdf

12. Cabada M. Actualización psicosociológica de las relaciones públicas [Tesis doctoral]. Madrid [Acceso el 8 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/inf/ucm-t25427.pdf>
13. Departamento de Orientación Psicología. Sensación y Percepción. [en web] [Acceso el 16 de octubre del 2015], disponible en: <http://almez.pntic.mec.es/~erug0000/orientacion/psicologia/Documentos/Sensacion%20y%20Percepcion.pdf>
14. Suriá R. Psicología Social. CURSO 2010/11[en web] [acceso el 16 de octubre del 2015]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14287/1/TEMA%203%20COGNICION%20Y%20PERCEPCION%20SOCIAL..pdf>
15. Ramírez C, Perdomo A. Evaluación de la Calidad del Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Av. enferm. [En línea] 2013 [Acceso el 11 de junio del 2016]; 31(1): 42-51. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/42182/html>

16. García L. Percepción de los Pacientes sobre el Cuidado de Enfermería en Base a la Tipología de las 21 Necesidades según Faye Abdellah - Servicio de Medicina de un Hospital Nacional, 2014. [En línea] [Tesis de licenciamiento] Lima; 2015 [Acceso el 11 de junio del 2016]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4103/1/Garc%C3%ADa_cl.pdf
17. Molina E. Evaluación de la calidad del Cuidado de Enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C. [En línea] Bogotá; 2011 [Acceso el 11 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6471/1/Edithmilenamolinacardona.2011.pdf>
18. Acosta A, Mendoza C, Morales K, Quiñones A. Percepción del paciente hospitalizados sobre el cuidado humanizado brindado por enfermería en una IPS de tercer nivel. Cartagena 2013. [En línea] [Tesis de licenciamiento] Cartagena; 2013 [Acceso el 11 de junio del 2016]. Disponible en: <http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/617/PERCEPCI%C3%93N%20DEL%20PACIENTE%20HOSPITALIZADO%0%20SOBRE%20EL%20CUIDADO%20HUMANIZADO%20BRINDADO%20POR%20ENFER.pdf?sequence=1>

19. Fernández G. Paciente pediátrico hospitalizado. [en línea] [Acceso el 16 de octubre del 2015]. Disponible en:
<http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Disciplinas%20Asociadas/PACIENTE%20PEDIATRICO%20HOSPITALIZADO%20%20Ps.%20Gabriela%20Fernandez.pdf>
20. Whaley y Wong. Enfermería pediátrica. 4ª ed. España: Mosby/Doyma libros; 1995.
21. Alfaro A, Atria R. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño hospitalizado. Rev. Ped. Elec. [en línea]. 2009 [Acceso el 15 de noviembre del 2015]; 6(1):36-54. Disponible en:
http://www.revistapediatria.cl/vol6num1/pdf/4_FACTORES_AMBIENTALES.pdf
22. Lizasoáin O, Ochoa B. Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo. [en línea] [Acceso el 16 de octubre del 2015]. Disponible en:
<http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/05/05075085.pdf>
23. Revollo A, Mendoza A, Acosta C, Morales A, Murillo K, Quiñones A. Corporación Universitaria Rafael Nuñez Facultad De Ciencias De La Salud PROGRAMA DE ENFERMERIA VIII SEMESTRE. Percepción Del paciente Hospitalizados Sobre

El Cuidado Humanizado Brindado Por Enfermería En Una Ips De Tercer Nivel. Cartagena 2013. [Accesado: el 28 de Mayo del 2016]. Disponible:<http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/617/PERCEPCI%C3%93N%20DEL%20PACIENTE%20HOSPITALIZADO%20SOBRE%20EL%20CUIDADO%20HUMANIZADO%20BRINDADO%20POR%20ENFER.pdf?sequence=1>

24. Espinoza L., Huerta K., Pantoja J., Velásquez W., Cubas D., Ramos A. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. Octubre de 2010. Perú 2010. [Accesado: el 28 de mayo del 2016]. http://www.uap.edu.pe/investigaciones/Esp/Revista_13_Esp_05.pdf

25. Silva F., Cordova R., Villanueva S., Palacios F., Rodríguez P. Percepción paciente - Repositorio Académico UPC. Enfermería Universitaria 2015. Perú 2015. [Accesado: el 28 de mayo del 2016]. Disponible: http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/555880/1/percepcion_paciencite.pdf

26. Ávila H., Rizo M, Flores Y. Satisfacción Del Cuidado Enfermero En Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2. Matamoros, Tamaulipas, México. [en línea] [Acceso el 16 de octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.indexf.com/cultura/22/228086.pdf>

27. Castillo J. El cuidado cultural de enfermería. Necesidad y relevancia. [en línea] 2010 [Acceso el 01 de Junio del 2016] 33(2):203-12.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300003
28. Grau C, Fernández M. Familia y enfermedad crónica pediátrica. Anales Sis San Navarra. [en línea] 2010 [Acceso el 30 de noviembre del 2015]; 33(2):203-12.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000300008
29. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y Enfermería XVII. [Revista en línea]. 2011 [Acceso el 8 de noviembre del 2015]; (3):11-22.
Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
30. Leno D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. [en línea] [acceso el 14 de Mayo del 2016]. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html

31. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7° ed. Barcelona: EdiDe; 2011.
32. Waldow V. Cuidado humano – el rescate necesario. [En línea] [Acceso el 8 de noviembre del 2015]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/160077112/Regina-Waldow-Cuidado>
33. Menga L, Marli A. La investigación en educación: Los enfoques cualitativos. 3ra. Ed. Educación Publicaciones y Universitaria Ltda. (EPU). Sao Paulo. Brasil, 1988
34. Monje C. Metodología de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa, guía didáctica. Neiva: Universidad Surcolombiana. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas; 2011 [Acceso el 13 de Octubre del 2015]. Disponible en: <https://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo+-+Gu%C3%ADa+did%C3%A1ctica+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n.pdf>
35. Blanco E. Entrevista a profundidad [en línea] [Acceso el 28 de octubre del 2015]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/bLaCkTeArS01/entrevista-a-profundidad-8132119>

36. Noreña A, Alcaraz N, Guillermo J, Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. [en línea] [Acceso el 28 de octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06>
37. Hernández R. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL; 2014.
38. Rivera L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country. [Artículo para publicación]. Colombia. [en línea] 2007 [Acceso el 06 de junio del 2016]; Disponible en: https://www.ucursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf
39. Hirsch A. La ética profesional basada en principios y su relación con la docencia [en línea] 2013 Mar-Jul [Acceso el 06 de junio del 2016]; Disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-LaEticaProfesionalBasadaEnPrincipiosYSuRelacionCon-4406374.pdf>
40. Mokate K. Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad: ¿Qué queremos decir? [en línea] [Acceso el 22 de agosto del 2017]. Disponible en:

https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/9/37779/gover_2006_03_eficacia_eficiencia.pdf

41. Reynaga R. Calidad de atención en salud en el Perú: un punto de vista. Rev Perú Med Temas de Gestión Pública y Desarrollo.2011; 26(1):13-15.
42. Izquierdo E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Rev Cubana Enfermer [en línea] 2015 Jul-Sep [Acceso el 22 de agosto del 2017]; 31, (3) Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686/131>
43. Gaviria D. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. Investigación y Educación en Enfermería [en línea] 2009. [Acceso el 22 de agosto del 2017]; 27(1):24-33. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105213198002.pdf>
44. Juárez P, García M. La importancia del cuidado de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [en línea] 2015 [Acceso el 20 de Julio del 2017]; 17 (2): 109-111. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>

45. Massip C. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Cuba. [en línea] 2008 [Acceso el 22 de Agosto 2017]; Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm
46. Aréjula J. M. Referencial de la continuidad de cuidados en el servicio madrileño de salud [en línea] 2008. [Acceso el 22 de Agosto 2017]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DMarco+Continuidad+Cuidados+Enfermeros.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352852131398&ssbinary=true>
47. Manito I, Ondiviela A, Servera M, Tomás M. Estudio sobre las dificultades en la implantación y seguimiento de la continuidad asistencial entre niveles. [en línea] 2005 [Acceso el 18 Agosto del 2017]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21507/1/2005.pdf>
48. Guerrero R, Meneses M, De La Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Rev enferm Herediana [en línea] 2016 Sep-Dic [accesado el 15 de noviembre del 2017]; 9(2):133-142. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/2967>

49. González L, Velandia A, Flores V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. Rev.CONAMED. [en línea] 2009 [Acceso el 10 de junio del 2016]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3633444.pdf>
50. León C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enfermer [en línea] 2006 [Acceso el 25 de agosto del 2017]; 22(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html
51. Solar L. Seguridad del paciente en los cuidados de enfermería. [Tesis]. España: Universidad de Cantabria. [en línea] 2014 [Acceso el 25 de agosto del 2017]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5108/SolarRuizL.pdf?sequence=1>
52. Pinheiro E, Lopes P, Garcia R, Falleiros D. Participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizados. Rev Cubana Enfermer [en línea] 2014 Mayo-Jun [Acceso el 25 de agosto del 2017]; 22(3):432-9. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00432.pdf
53. Rigotti M, Dupas G. Experiencias de familias de niños con parálisis cerebral en contexto de vulnerabilidad social. Rev. Latino-Am. Enfermagem [en línea] 2013

Jul-Ago [Acceso el 25 de agosto del 2017]; 21(4). Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0956.pdf

54. Velandia M., Y Rizo M. Estrategias en enfermería para el aprendizaje de competencias psicoemocionales asistenciales. [Tesis]. Colombia. [en línea] 2014 [Acceso el 18 Julio del 2017]; Disponible en: <https://web.ua.es/es/ice/jornadas-redes/documentos/2013-comunicaciones-orales/335537.pdf>

55. Camones L. “Percepción de los Estudiantes de Enfermería, sobre el Cuidado Humanizado de la enfermera al paciente hospitalizado. UNMSM [Tesis]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2013. Disponible en:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3671/1/Leon_cl.pdf

56. Contreras G. Precisando el concepto de apoyo emocional en el quehacer de enfermería. [Tesis] Lima [en línea] 2014 [Acceso el 18 Agosto del 2017]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/502/1/Contreras_re.pdf

57. Estefo S, Paravic T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Rev Cienc. Enferm [en línea] 2010 Dic [Acceso el 25 de agosto del 2017]; 16 (3): 33-39,

Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005

58. El Cuidado [en línea] 2012 [Acceso el 28 de octubre del 2017]; Disponible en:

<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/jean-watson.html>

59. Muñoz A, Morales I, Bermejo JC, Galán JM. La Relación de ayuda en Enfermería.

Index Enferm [en línea] 2014 Ago-Oct [Acceso el 25 de octubre del 2017];
23(4):229-233. Disponible en:

http://www.humanizar.es/fileadmin/dam_media/imagenes/presenciales/La_Relacion_de_Ayuda_en_Enfermeria-_INDEX_DE_ENFERMERIA.pdf

60. Plan de Buen Trato en Salud Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. [en

línea] 2015 Oct [Acceso el 14 de Marzo del 2017] . Disponible en:

[http://maquetas.ciiet.cl/elgg/blog/view/6488/el-buen-trato-al-usuario-](http://maquetas.ciiet.cl/elgg/blog/view/6488/el-buen-trato-al-usuario-%E2%80%9Cdesafio-permanente-para-trabajadores-de-la-salud%E2%80%9D)

[.%E2%80%9Cdesafio-permanente-para-trabajadores-de-la-salud%E2%80%9D](http://maquetas.ciiet.cl/elgg/blog/view/6488/el-buen-trato-al-usuario-%E2%80%9Cdesafio-permanente-para-trabajadores-de-la-salud%E2%80%9D)

61. Ramírez P. Trato del personal de enfermería al paciente en estado crítico desde un

enfoque humanista [en línea]. Agosto 2012. México [Acceso el 25 de octubre del

2017]. Disponible en: [https://es.scribd.com/document/209836976/Enfoque-Al-](https://es.scribd.com/document/209836976/Enfoque-Al-Trato-de-Pte-Criticoy)

[Trato-de-Pte-Criticoy](https://es.scribd.com/document/209836976/Enfoque-Al-Trato-de-Pte-Criticoy)

62. Ramirez G. Enfermería profesión humanista. [Página Web]. 2011. [Acceso el 21 Julio del 2017]. Disponible en: <http://enfermeria-humanista.blogspot.pe/>
63. Cubas J. El Cuidado. [Página Web]. 2012. [Acceso el 21 Agosto del 2017]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/jean-watson.html>
64. Grados B. Características de la comunicación enfermero- Cybertesis UNMSM. [Tesis]. Lima. [en línea] 2014. [Acceso el 18 Agosto del 2017]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3515/3/Grados_ab.pdf
65. Alba A. Comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria – USFX. [Tesis]. México. [En web] 2010. [Acceso el 18 Agosto del 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123d.pdf>
66. Andrietta M, Lopes R, Bottura A. Plan del alta hospitalaria para pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem [en línea] 2011 Nov-Dic [Accesado el 30 de octubre del 2017]; 19(6):1-9 Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_23.pdf

67. Ponti L. La enfermería y su rol en la educación para la salud [en línea] 1° ed. Buenos Aires: Editorial Teseo; 2016 [accesado el 30 de octubre del 2017]; Disponible en: <https://www.uai.edu.ar/investigacion/publicaciones/TESEO/24Ponti/La%20enfermerC3%ADa%20y%20su%20rol%20en%20la%20educaci%C3%B3n%20para%20la%20salud.pdf>
68. Smith L. Adquirir competencias en la gestión de las diferencias culturales. 2014; Vol. 31: 29.
69. Significado de Cultura. Lima. [En web] 2014. [Acceso el 18 Junio del 2017]. Disponible en: <https://www.significados.com/cultura/>
70. Palacios D, Salvadores P. Enfermería Social. Ed. Madrid; 2012. Vol. p. 28 – 38. Castillo J. El cuidado cultural de enfermería. Necesidad y relevancia. [En web] 2014. [Acceso el 18 Junio del 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2008000300003

ANEXOS

(Anexo N°01)



UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUÍZ GALLO" FACULTAD DE ENFERMERÍA



"PERCEPCIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO POR PADRES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO PREESCOLAR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO 2016"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, identificado con el DNI....., admito que he sido informado/a sobre los detalles de la investigación **Percepción Del Cuidado Enfermero Por Padres De Niños Hospitalizados En El Servicio Preescolar Del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2016**, comprendo y estoy satisfecho con la información recibida contestándome a todas las preguntas que he considerado conveniente que me fueran aclaradas.

En consecuencia, doy mi consentimiento, para la realización de dicha entrevista

NOMBRE:

DNI:

(ANEXO N° 02)



UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUÍZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA



GUÍA DE ENTREVISTA – SEMIESTRUCTURADA A PROFUNDIDAD

**PERCEPCIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO POR PADRES DE NIÑOS
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO PREESCOLAR DEL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO 2016**

DATOS GENERALES:

- Seudónimo:
- Edad de su menor hijo:
- Tiempo de permanencia en el hospital:

DATOS ESPECÍFICOS:

- ¿Cómo percibe usted el cuidado de enfermería que recibe su niño?
- ¿Cómo describe usted el cuidado que brinda la enfermera a su niño?